

**Katedra:** Sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Sociální práce

**Studijní obor:** Sociální pracovník

**PSYCHOSOCIÁLNÍ KVALITA ŽIVOTA OSOB  
S PSYCHICKOU PORUCHOU  
PSYCHOTICKÉ HLOUBKY**

**PSYCHOSOCIAL QUALITY OF LIFE OF PERSONS  
SUFFERING FROM MENTAL DISORDER OF  
PSYCHOTIC DEPTH.**

**Bakalářská práce:** 10-FP-KSS- 3048

**Autor:**

Kateřina ZÁHOROVÁ

**Podpis:**

---

**Vedoucí práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
89	15	7	12	33	3

V Liberci dne: 26.4.2011

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**  
**Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
**(pro bakalářský studijní program)**

pro (kandidát): Kateřina Záhorová  
adresa: Na Svahu 176/1, 460 01 Liberec  
studijní obor (kombinace): Sociální pracovník  
Název BP: **Psychosociální kvalita života osob trpících psychickou poruchou psychotické hloubky**  
Název BP v angličtině: **Psychosocial Quality of Life of Persons Suffering from Mental disorder of Psychotic Depth**  
Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská  
Konzultant:  
Termín odevzdání: 1.4.2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 1.4.2010

---

děkan

---

vedoucí katedry

Převzal (kandidát): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Název BP: Psychosociální kvalita života osob trpících psychickou poruchou psychotické hloubky

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská Podpis:.....

Cíl: Charakterizovat jedince, kteří trpí psychickou poruchou psychotické hloubky. Zmapovat a zhodnotit psychosociální potřeby takto postižených jedinců a míru naplnění těchto potřeb v rámci psychosociálních služeb nabízených občanským sdružením „*FOKUS Liberec*“.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, pozorování, dotazníková šetření, kazuistika.

Literatura: FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1993. ISBN 80-7106-085-2.

CHROMÝ Karel. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

KŘIVOHLAVÝ Jaro. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Jak zlepšovat psychický stav nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.

LIEBIGER, HÖSCHL, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.

PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy. psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján, a kol. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Psychosociální kvalita života osob s psychickou poruchou  
psychotické hloubky  
**Jméno a příjmení autora:** Kateřina Záhorová  
**Osobní číslo:** P08000914

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 26. 04. 2011

---

Kateřina Záhorová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jitce Pejřimovské za podporu, konstruktivní připomínky a vedení při psaní této bakalářské práce, dále za lidský přístup a za její přínos k prohloubení mého vnímání problematiky psychických poruch.

Děkuji vedení občanského sdružení FOKUS Liberec za to, že mi umožnilo v organizaci provést průzkum, dále za podporu a pochopení během celého mého studia.

Děkuji uživatelům služeb - respondentům za ochotu a vstřícnost s jakou se zúčastnili průzkumu.

**Název bakalářské práce:** Psychosociální kvalita života osob s psychickou poruchou psychotické hloubky

**Název bakalářské práce:** Psychosocial quality of life of persons with mental disorder of psychotic depth

**Název bakalářské práce:** Die psychosoziale Lebensqualität von Personen mit Neurosen der psychotischen Tiefe.

**Jméno a příjmení autora:** Kateřina Záhorová

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2010/2011

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

### **Resumé:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou závažných psychických poruch. Jejím cílem bylo charakterizovat jedince, trpící psychotickou poruchou, dále zmapovat a zhodnotit psychosociální potřeby takto postižených osob. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o teoretickou část, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala a objasňovala příčiny, projevy, důsledky a možnosti léčby závažných psychických poruch. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníků vlastní konstrukce postoje 40 osob s psychotickým onemocněním k nemoci, k léčbě, dále naplněnost či nenaplněnost jejich potřeb v rámci služeb poskytovaných občanským sdružením FOKUS LIBEREC. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zjištění, které potřeby v životě nemocných osob jsou nejčastěji nenaplněné.

**Klíčová slova:** psychóza, schizofrenie, příčiny, projevy poruchy, důsledky onemocnění, možnosti léčby, psychosociální potřeby osob s psychózou

### **Summary:**

The thesis dealt with a serious mental disorder. The aim was to characterize a person suffering from psychotic disorder, also map and assess the psychosocial needs of such individuals. The work consisted of two main areas. The theoretical part described and explained the causes, symptoms, consequences and possible treatment of serious mental disorders, the compilation and presentation of expert sources. The practical part investigated attitudes of 40 persons with psychotic illness to illness, the treatment, as well as fullness and disenchantment of their needs in terms of services provided by civic associations FOKUS Liberec, using questionnaires. The greatest contribution of the paper, given the issues under consideration, be considered to determine the needs of sick people in life are often unfulfilled.

**Keywords:** psychosis, schizophrenia, causes, symptoms of failure, consequences of disease, treatment options, psychosocial needs of people with psychosis

**Das Resümee:**

Die Bachelorarbeit beschäftigte sich mit der Problematik von wichtigen Neurosen. Ihr Ziel war es, an Neurosen leidende Einzelpersonen zu charakterisieren, und weiter psychosoziale Bedürfnisse solcher Personen einzuteilen und auszuwerten. Die Arbeit bestand von zwei Hauptbereichen. Es handelte sich um den theoretischen Teil, der durch die Bearbeitung und die Präsentation von Fachquellen die Ursachen, Krankheitszeichen, Krankheitsfolgen und Behandlungsmöglichkeiten von wichtigen Neurosen beschrieb und erklärte. Der praktische Teil untersuchte durch selbsterstellte Fragebogen die Haltung 40 Personen mit psychotischen Erkrankungen zur Krankheit, Behandlung, sowie die Füllung und Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse innerhalb der Dienstleistungen, die von Bürgervereinigung FOKUS LIBEREC erbracht werden. Es war möglich, für den größten Beitrag dieser Arbeit wegen gelöster Problematik die Entdeckung zu betrachten, die Bedürfnisse im Leben der Kranken am häufigsten unerfüllt werden.

**Schlüsselwörter:** die Psychose, die Schizophrenie, die Ursachen, die Krankheitszeichen, die Krankheitsfolgen, die Behandlungsmöglichkeiten, die psychosoziale Bedürfnisse von Menschen mit Psychose

# Obsah

1 Úvod.....	10
2 Teoretické zpracování problému.....	12
2.1 Historie přístupu a péče o jedince s psychickou poruchou.....	12
2.1.1 Historie pojmu schizofrenie.....	13
2.2 Schizofrenie.....	14
2.2.1 Příznaky schizofrenie.....	15
2.2.1.1 Pozitivní příznaky.....	15
2.2.1.1.1 Blud.....	15
2.2.1.1.2 Halucinace.....	15
2.2.1.1.3 Dezorganizace řeči.....	17
2.2.1.1.4 Dezorganizované chování nebo katatonní projevy.....	17
2.2.1.2 Negativní příznaky.....	17
2.2.1.3 Kognitivní dysfunkce.....	17
2.2.1.4 Afektivní příznaky.....	18
2.2.2 Vnímání a prožívání osoby se schizofrenií.....	19
2.2.3 Epidemiologie.....	21
2.2.4 Etiopatogeneze.....	21
2.2.5 Diagnóza.....	22
2.2.5.1 diferenciální diagnóza.....	23
2.2.6 Průběh onemocnění a jeho prognóza.....	24
2.2.7 Formy onemocnění.....	25
2.2.8 Terapie léčby psychotické poruchy.....	26
2.2.8.1 farmakoterapie.....	27
2.2.8.1.1 farmakoterapie – jiná farmaka.....	28
2.2.8.2 elektrokonvulzivní terapie (EKT).....	29
2.2.8.3 psychoterapeutické a sociální přístupy.....	29
2.2.8.3.1 nácvik sociálních dovedností.....	29
2.2.8.3.2 kognitivně behaviorální terapie.....	29
2.2.8.3.3 kognitivní rehabilitace.....	30
2.2.8.3.4 sociální rehabilitace.....	30
2.2.8.3.5 práce s příbuznými.....	30
2.2.9 Stigmatizace.....	31
2.2.10 Pracovní posuzování osob se schizofrenií.....	33
2.2.11 Způsobilost k právním úkonům.....	33
2.3 Definice pojmu potřeby.....	34
2.3.1 Specifické potřeby osob se schizofrenií.....	35
2.3.2 Stanovení potřeb u osob s psychickou poruchou.....	37
2.4 Sociální práce s lidmi s psychotickou poruchou.....	38
2.5 Péče o duševní zdraví v Liberci, komunitní plánování.....	40
2.5.1 Krajská nemocnice Liberec, a. s. psychiatrické oddělení pro dospělé.....	40
2.5.2 Linka důvěry.....	41
2.5.3 Občanské sdružení FOKUS Liberec.....	41
2.5.3.1 nabídka služeb a aktivit FOKUSU Liberec.....	43
2.5.4 Financování sociálních služeb.....	44
2.5.4.1 Příspěvek na péči.....	45



3 Praktická část.....	47
3.1 Cíl praktické části bakalářské práce.....	47
3.1.1 Předpoklady stanovené k realizaci cílů.....	47
3.2 Použité metody a jejich popis.....	48
3.2.1 Důvody použitých metod.....	48
3.2.2 Sestavování dotazníku.....	49
3.2.3 Popis zkoumaného vzorku.....	49
3.3 Získaná data a jejich interpretace.....	52
3.3.1 Předpoklady vztahující se k oblasti farmakologické léčby a spolupráce s psychiatrií.....	52
3.3.2 Předpoklady vztahující se k naplněnosti potřeb v oblasti partnerství, uspokojujících rodinných vztahů a přátelství.....	57
3.3.3 Předpoklady vztahující se k naplněnosti potřeb v oblasti finanční a pracovní.....	65
3.3.4 Předpoklady vztahující se k možnostem sociální pomoci osobám s psychickou poruchou psychotické hloubky.....	69
4 Závěr.....	82
5 Navrhovaná opatření.....	85
6 Seznam bibliografických citací.....	87
7 Seznam příloh.....	89

# 1 Úvod

Tématem předložené bakalářské práce jsou psychické poruchy psychotické hloubky, konkrétně schizofrenie. S osobami, které trpí schizofrenií nebo jiným typem onemocnění z okruhu psychóz, se autorka setkává ve svém zaměstnání. Autorka si toto téma zvolila s ohledem na to, že se v praxi a často i mimo ni přesvědčuje, o tom, že informovanost o celé problematice psychických poruch je nejen, vzhledem ke stigmatizaci, kterou jedinec s psychickou poruchou psychotické hloubky zažívá, nedostatečná. Takto nemocné osoby často dlouhou dobu hledají uspokojivou pomoc a jejich problémy se mnohdy zbytečně rozrůstají a narušují vztahy jak v rodině a dalších sociálních vazbách, ale i v zaměstnání a zasahují všechny oblasti života nemocného. V několika posledních letech se objevují snahy přiblížit psychické poruchy běžné populaci, informaci se objevují tisku i televizních pořadech, mnoho lidí však stále osoby s psychózou považuje za nebezpečné osoby, kterým je lepší se vyhýbat.

Cílem předložené bakalářské práce je charakterizovat jedince, kteří trpí psychickou poruchou psychotické hloubky, a zmapovat jejich potřeby a míru naplnění těchto potřeb.

Předmětem zkoumání předložené bakalářské práce je dotazníkové šetření osob s psychickou poruchou z okruhu psychóz. Dotazník se zabývá spektrem oblastí života každého z nás. Cílem je zjistit, zda dotazovaní užívají medikaci předepsanou lékařem, zda k tomuto lékaři pocítují důvěru, zda znají svou diagnózu a jak dlouho se již léčí. Předmětem zkoumání jsou rodinné vztahy v rámci původní rodiny, dále současný partnerský život, spokojenost jak se vztahem, tak sexuálním životem. Dotazovaná je oblast přátelství, volného času. Cílem této bakalářské práce je také představit instituce, které v Liberci poskytují služby a péči, ať už zdravotnické či sociální, osobám s psychickou poruchou z okruhu psychóz. Autorka pracuje v nestátní neziskové organizaci, v práci jsou tedy i informace o této organizaci, o jí poskytovaných službách.

Hlavními předpoklady této bakalářské práce jsou rozděleny do čtyř kategorií, první předpoklady se týkají medikace a pocitu důvěry k lékařům-psychiatrům. Druhá kategorie je zaměřena na sociální vztahy v primární rodině, v rámci vztahů přátelských a partnerských. Třetí oblast předpokladů se zabývá finanční otázkou, tedy příjmy a úhradou běžných nákladů. Poslední předpoklad zkoumá to, jak občanské sdružení FOKUS Liberec osobám s

psychotickým onemocněním pomáhá naplňovat potřeby a v jakých oblastech je pomoc vnímána nejvíce. Cílem dotazování bylo získání větší informovanosti.

Výzkumnou metodou je metoda dotazování – technika dotazník vlastní konstrukce, rozhovory s klienty a kazuistické studie několika případů.

Dotazník je určen současným uživatelům služeb občanského sdružení Liberec, případně bývalým uživatelům. Kazuistiky vznikaly na základě rozhovorů s klienty, jejich dlouhodobým pozorováním a studiem jejich zdravotnické dokumentace, případně dokumentace o průběhu sociální služby.

Výsledky bakalářské práce jsou určeny zejména organizacím zabývajícím se komplexní pomocí a péčí o osoby s psychickou poruchou z okruhu psychóz, dále orgánům veřejné správy a institucím, jejichž činnost spočívá v posuzování potřebnosti jednotlivých sociálních služeb a přerozdělování finančních prostředků. Smyslem práce je ukázat jak důležité je orientovat se.

Cílem bakalářské práce bylo charakterizovat jedince s psychotickým onemocněním, zejména s diagnózou schizofrenie, představit možnosti léčby a další pomoci pro takto nemocné lidi, zjistit, jaké potřeby tyto osoby mají a jak jsou podle nich tyto potřeby naplňovány.

Struktura bakalářské práce je tradičně rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části autorka věnuje prostor pojmům: schizofrenie, příznaky nemoci (pozitivní, negativní, afektivní, kognitivní dysfunkce), epidemiologie, etiopatogeneze, průběh nemoci a její prognóza, dále formy schizofrenie, terapie (farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, psychoterapeutické a sociální přístupy), stigmatizace, pracovní posuzování osob, způsobilost k právním úkonům. Dále se věnuje teorii sociální práce s lidmi s psychickým onemocněním a specifickému přístupu k této cílové skupině.

Informace, které byly využity zejména v první - teoretické části, byly čerpány především z odborné literatury zabývající se touto problematikou. Výchozím zdrojem informací v praktické části byly zkušenosti z praxe autorky v občanském sdružení FOKUS Liberec, dotazník pro osoby s psychickou poruchou, kazuistiky osob s psychotickým onemocněním.

## 2 Teoretické zpracování problému

### 2.1 Historie přístupu a péče o jedince s psychickou poruchou

Koncem středověku mizí ze západního světa lepra. Na devatenáct tisíc míst, kde byli nemocní s leprou shromažďováni, zůstává nevyužito. Obrovské bohatství spočívající v nemovitostech leprosérií řešila Francie několik století. Výnosem v roce 1543 se přikazuje revize a inventura a v roce 1606 vydává Jindřich IV. edikt, v němž nařizuje, aby peníze, jež vyplynou z revize účtu byly použity k podpoře chudých. K převodu majetku leprosérií dochází i v Německu a Anglii na špitální zařízení určená nevléčitelně nemocným a bláznům.

Roli malomocných převzali chudí, tuláci a „pomatené hlavy“. Existovaly lodě naložené blázny a plující od města k městu. Z šilenců se stávali tuláci. Městské úřady je vyháněly za hradby. Často byli předáváni lodníkům, aby nepohodlné šilence odvezli z města. Zdálo by se, že jde o všeobecnou metodu, jak se městské úřady zbavovaly potulujících se šilenců. Ale to nic plně nevysvětluje, protože ještě před vznikem speciálních zařízení pro duševně nemocné byli tito někdy přijímáni i do špitálů, kde se o ně s ohledem na jejich nemoc pečovalo. Šilenci nebyli tedy vždy jen vyhánění a existují záznamy o podporách měst šilencům.

Duševně nemocní byli celá staletí zavíráni do internace s těžkými zločinci. Bylo rozhodnuto, že lidé, kteří se do internace dostali jen díky své zhýralosti, mají být maximálně po dvou letech propuštěni. V internaci mají naopak zůstat vězňové pomateného ducha, kteří by při své imbecilitě nedokázali žít ve společnosti. Blázni jsou považováni za ty, kteří zneuctívají ostatní vězně. Vystává myšlenka, že je třeba chránit ostatní integrované, ale zároveň duševně nemocným poskytnout potřebnou péči. Důsledkem těchto úvah byl dekret, který přikazoval propustit z internací všechny osoby kromě těch, které byly legálně odsouzeny za zločin a osob vězněných z důvodů šílenství, z roku 1790. Během roku byli duševně nemocní vyšetřeni, aby mohli být buď propuštěni, nebo předáni péči špitálů. Jenže zřízení špitálů vázlo a koncem roku bylo vydáno nařízení městům: *“..aby hleděly předejít či zabránit nepříjemnostem, jež by mohli způsobit blázni nebo zuřiví šilenci puštění na svobodu a zlá a divoká toulavá zvířata.”* Osvobození blázni tak získávají status zvířete. Trvalo dlouho než bylo duševní onemocnění konečně rozpoznáno.<sup>1</sup>

Dříve než internace nabyla léčebného smyslu, sledovala zcela něco jiného než léčbu. Vynutil si ji imperativ práce. To, v čem bychom rádi viděli péči o nemoc, bylo jen projevem odsouzení zahálky. Nejstarší je systém internace v Anglii, kde se již výnosem z roku 1575

<sup>1</sup> FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2. (s. 9-34).

ukládá budovat alespoň jeden domov pro tuláky v každém hrabství. Počátkem 17. století tyto domy reorganizuje smírčí soudce a jsou nařízena zavádět řemesla, zřizovat dílny, aby se chovancům zajistila práce a mohli přispívat na údržbu. O tom, kdo má být internován, rozhoduje soudce. Tato opatření se však příliš nerozvinula, postupně tato zařízení splýnula s vězením. Koncem 17. stol. však vznikají první pracovní domy při farnostech, pod kontrolou soudních úředníků a dohledem smírčího soudce.

Během několika let se takováto zařízení rozšířila po celé Evropě. Ovšem za zdmi těchto domů byli dohromady zločinci, tuláci i blázni. Během 150 let se internace změnila v bezprávní směs různorodých prvků. Za jevem budování internačních míst a ve způsobu organizace se neurčitě rýsují témata jako potřeba dát řád složitému celku, nová citlivost vůči bídě a povinnostem podpůrné péče, nové formy reagování na ekonomické problémy nezaměstnanosti a povalečství, novou etiku práce a také sen o autoritářské obci, jež cestou nátlaku propojí mravní povinnost s občanským zákonem.

Internace je instituční vynález 17. století, které má jako ekonomické opatření a sociální pojistka hodnotu objevu. V dějinách péče o duševně nemocné je to událost rozhodujícího významu. Je to moment, kdy je na člověka s duševním onemocněním poprvé nahlédnuto sociálně, z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat a nemožnosti zapojit se do společnosti.<sup>2</sup>

### 2.1.1 Historie pojmu schizofrenie

Pojem „schizofrenie“ byl zaveden v roce 1908 švýcarským, psychiatrem E. Bleulerem, který modifikoval pojetí E. Kraepelina, který psychózy označoval pojmem „Dementia praecox“ (předčasná demence). Bleuler na rozdíl od Kraepelina nepovažoval za hlavní znaky nemoci ani časný začátek, ani progredientní průběh. *„Znám slabiny navrženého výrazu, ale neznám žádný lepší. A najít zcela odpovídající pojem, který se ještě proměňuje, je nemožné. Nazývám dementii praecox schizofrenií, protože doufám, že chci ukázat, že rozštěpení různých psychických funkcí je jednou z jejích hlavních vlastností. Kvůli pohodlnosti používám to slovo v singuláru, ačkoliv jde pravděpodobně o skupinu více nemocí.“*<sup>3</sup> Bleuler jako první poukázal na nezbytnost psychologického přístupu k rozboru schizofrenní psychózy, upozornil na její ovlivnitelnost a zároveň odlišnost od projevů při organických poruchách mozku. V roce 1912 vyslovil Bleuler námitku proti Freudově

<sup>2</sup>FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2. (s. 43-49).

<sup>3</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 169).

zařazení schizofrenie mezi neurózy. Předpokládal mnohostrannou podmíněnost schizofrenie, souhrn psychických i somatických vlivů na jejím vzniku a utváření. Psychopatologické pojetí Bleulero bylo sice částečně znovu ovlivněno Freudem, s nímž v roce 1918 Bleulero škola navázala spolupráci, avšak více C. G. Jungem, s nímž Bleuler úzce spolupracoval.<sup>4</sup>

## 2.2 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které se vyznačuje chronickým průběhem s význačným funkčním postižením a sníženou kvalitou života. Kvalita života takto nemocných osob je výrazně snížena, spojena s vysokou pracovní neschopností a trvalou invaliditou. Tato porucha má závažný dopad na rodinu nemocného i na celou společnost. Pro schizofrenii je typická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i odpovědi na léčbu. Mnohočetné jsou pravděpodobně i etiologické procesy, které ke vzniku onemocnění vedou. Schizofrenie je celoživotní onemocnění.<sup>5</sup> Schizofrenie narušuje schopnost nemocné osoby srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Mění se vztah nemocného ke skutečnosti. Schizofrenie vede ke změnám osobnosti, které působí, že nemocný často není schopen pokračovat ve svém životě v souladu s očekáváním založeném na dosavadním průběhu života.<sup>6</sup> V případě psychických poruch, zejména psychóz, osobnost nemá dostatečnou možnost nebo schopnost aktivní vědomé obrany. Její odolnost vůči zátěži je značně oslabena, vytěsněné traumatické zážitky zůstávají v psychice jako cizí nesourodé látky. Vědomí je zúženo, převládají nevědomé mechanismy.<sup>7</sup>

Schizofrenie je celoživotní onemocnění a proto je podstatné při léčbě zvažovat nejen její účinnost, ale i bezpečnost a ekonomiku.<sup>8</sup> Moderní léčba je založena zejména na spolupráci nemocného jedince, jeho rodiny a dalších blízkých osob s odborníky na duševní zdraví. K tomu, aby tato spolupráce byla úspěšná, musí mít všichni zúčastnění dostatek informací o tom, co je to schizofrenie, jak ji pochopit, jaká omezení z ní vyplývají, jaké jsou příznaky, průběh a postupy léčby.<sup>9</sup> Za schizofrenii nelze považovat onemocnění, u kterého dochází k výrazné poruše pouze v jedné oblasti duševního života při zachování vnitřní integrity a sladčnosti

<sup>4</sup>SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 1977. (s. 16).

<sup>5</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 48)

<sup>6</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 342).

<sup>7</sup>SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 1977. (s. 70).

<sup>8</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 48)

<sup>9</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 7).

celku.<sup>10</sup>

### **2.2.1 Příznaky schizofrenie**

Příznaky schizofrenního onemocnění lze rozdělit na pozitivní a negativní, případně i kognitivní a afektivní. Od počátku 80. let se obvykle používá rozdělení podle pozitivních a negativních příznaků (podle Crowa). Typ I. schizofrenie je charakterizován pozitivními příznaky, nepřítomností atrofie mozku a lepší odpovědí na podání antipsychotik. Tato lepší odezva je vysvětlována předpokladem o biochemické nerovnováze související např. s nadbytkem dopaminových D2 receptorů. Naproti tomu typ II. schizofrenie je charakterizován převahou negativních symptomů, dále se u tohoto typu předpokládá existence strukturálních abnormalit v mozku jako je zvětšení komor a kortikální atrofie, což vysvětluje horší účinnost terapie antipsychotiky.<sup>11</sup>

#### **2.2.1.1 Pozitivní příznaky**

##### **2.2.1.1.1 Blud**

Blud je soukromé, život určující a většinou nezměnitelné přesvědčení člověka o sobě samém a o jeho světě. Blud představuje zejména zvláštní interpretace světa, určitý druh skutečnosti. Je vnímán jako jistý, žádným zdůvodněním odklonitelný či vyvratitelný. Blud se může vztahovat na jednotlivou situaci, ale i na celý svět jako systematický blud.<sup>12</sup> Vývoj bludů probíhá různým tempem a zasahuje osobnost a její vztahy, z „bludného ladění“ krystalizuje bludný nápad nebo na základě nějaké situace dochází k rozvíjení bludného přesvědčení a interpretaci skutečnosti, která více či méně zasahuje život nemocného. Bludy jsou často doprovázeny nebo předcházeny halucinacemi. V některých případech dochází k fragmentaci bludů nebo vytvoření bludného systému doprovázené citovou oploštělostí a nepřiléhavostí.<sup>13</sup> V rámci svého zaměstnání se setkávám s klienty, z nichž někteří mají bludy téměř neustále.

##### **2.2.1.1.2 Halucinace**

Halucinace je šalebný vjem, vzniklý chorobně, bez adekvátního podnětu. Nemocná osoba

---

<sup>10</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 81).

<sup>11</sup>FÍŠAR, Zdeněk, JIRÁK, Roman. *Výbrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0061-1. (s. 172).

<sup>12</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 172).

<sup>13</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 355).

je přesvědčena o jeho opravdovosti.<sup>14</sup> U schizofrenie se typicky objevují akustické halucinace ve smyslu komentujících hlasů.<sup>15</sup> Halucinace lze rozdělit na smyslové a intrapsychické.

Mezi smyslové halucinace patří zrakové halucinace – jedná se o živé, měňavé obrazy, vidiny lidí, zvířat, předmětů. Často se jedná o halucinaci více smyslů současně. U nemocných se nejčastěji objevují halucinace sluchové, kdy nemocná osoba slyší slova, věty, hovory jednoho či více hlasů.<sup>16</sup> Typické jsou imperativní halucinace, hlasy komentující situace či děje.<sup>17</sup> Tyto hlasy se nejčastěji objevují zvnějšku, významná slova či věty mohou zaznívat v prázdném prostoru nebo se vázat na technická zařízení (televize, rádio, hodiny) či na mezilidské situace (na ulici, v dopravním prostředku, v obchodě). Někdy pacient vnímá hlasy uvnitř, ve svém nitru.<sup>18</sup>

Méně časté jsou halucinace čichové a chuťové, kdy nemocný vnímá různé zápachy dýmu, spáleniny, jedů, mrtvolného rozkladu, chuť otrávené potravy a hmatové a tělové halucinace, během kterých pacient cítí různé tělesné vjemy, píchání, elektrizování, pálení, dotyky, při útrobních halucinacích pak pohyb tělních tekutin, mrtvé srdce. Objevovat se mohou i motorické a pohybové halucinace, v těchto případech pak nemocný padá do hloubky, vznáší se, neznámá síla ovládá pohyb jeho končetin, cizí osoba mluví jeho ústy. Při inadekvátních halucinacích nemocný hovoří o vjemech patřících jinému orgánu či smyslu – slyší zuby, čichá kůži, nebo jsou halucinace vnímány mimo dosah orgánu – udává, že vidí za roh, slyší hovory z jiných planet, atp.<sup>19</sup>

Příklad z praxe: žena, 35 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, trpící sluchovými halucinacemi, při kterých jí hlasy ženy a muže napadají kvůli vzhledu, její nadváze, jejímu chování a oblékání. Výsledkem je to, že se klientka dlouhé hodiny pozoruje v zrcadle, dvakrát denně si umývá vlasy, opakovaně se převléká, líčí se a odličuje, na další aktivity jí téměř nezbývá čas. Vzhledem k nadváze hladoví, poté se přejídá... a hlasy mají další důvod ke kritizování.

Další žena, 60 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, pocituje, že její krev je otrávená, zabíjí jí

---

<sup>14</sup>MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. (s. 26).

<sup>15</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 172).

<sup>16</sup>MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. (s. 26).

<sup>17</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 355).

<sup>18</sup>KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6. (s. 38).

<sup>19</sup>MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. (s. 26-27).



mozek a její srdce je z toho celé zkamenělé a přestává tlouct.

Projevem intrapsychických halucinací je přesvědčení o přenášení, odebrání a zveřejňování myšlenek. Nemocný tento vjem prožívá jako manipulaci, většinou způsobenou cizí mocí.<sup>20</sup>

#### **2.2.1.1.3 Dezorganizace řeči**

Nemocný jedinec není schopen držet základní linii řeči, mluva je nesouvislá, zárazovitá.<sup>21</sup>

#### **2.2.1.1.4 Dezorganizované chování nebo katatonní projevy**

K těmto pozitivním příznakům patří nástavby, vosková ztuhlost, negativismus, mutismus, stupor nebo katatonní raptus.<sup>22</sup>

#### **2.2.1.2 Negativní příznaky**

Negativní příznaky jsou patrně spojeny s narušenou funkcí prefrontální kůry, limbického systému a bazálních ganglií. Nejvýraznější je jejich spojení s dopaminergní hypoaktivitou v prefrontálním kortexu, ale svou roli mohou hrát i jiné neuromediátory, zejména noradrenalin, serotonin a glutamát.<sup>23</sup> Negativní symptomy představují ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce. Primární negativní příznaky zahrnují apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Sekundárními negativními příznaky se objevují v souvislosti s těmi pozitivními (pokud pacient trpí halucinacemi, není schopen komunikovat se svým okolím), depresí, extrapyramidovými vedlejšími účinky, nedostatkem sociálních stimulů.<sup>24</sup>

#### **2.2.1.3 Kognitivní dysfunkce**

Kognitivní dysfunkce spočívá v narušení poznávacích schopností. Narušena je zejména pozornost, paměť včetně pracovní paměti, exekutivní funkce (schopnost iniciovat, plánovat a řešit úkoly). Kognitivní dysfunkce se objevují již před propuknutím nemoci.<sup>25</sup>

---

<sup>20</sup>MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. (s. 26-27).

<sup>21</sup>MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. (s. 59).

<sup>22</sup>MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0. (s. 59).

<sup>23</sup>FIŠAR, Zdeněk, JIRÁK, Roman. *Výbrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0061-1. (s. 172).

<sup>24</sup>ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007. ISSN 1213-0508. (s. 7).

<sup>25</sup>ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007. ISSN 1213-0508. (s. 7).

Přítomnost poruch pozornosti u jedinců se schizofrenií působí jako by byli soustředěni na svůj vnitřní svět. Jsou roztržiti, špatně koncentrují pozornost, snadno je upoutají banální vnější podněty. Jedinci se schizofrenií mívají horší výsledky v paměťových testech. Paměť lze rozdělit na procedurální a deklarativní. Procedurální paměť udržuje naučené vzorce chování, postupy a stereotypy, většinou je uplatňována mimo vědomou kontrolu. Poruchy v procedurální paměti nebyly spolehlivě popsány. Deklarativní paměť má podobu zapamatovaného příběhu či tvrzení, lze ji dále dělit na sémantickou (pro významy, fakta) a epizodickou (pro příběhy a děje). Právě v těchto oblastech se u osob se schizofrenií mnestické poruchy objevují.<sup>26</sup>

Velká část našich uživatelů má problém s vybavováním si základních informací. Nepamatují si termíny, domluvené kroky, pokud si informaci zapíší, zapomenou, že si ji zapsali. Ve spolupráci s nimi pak hledáme další možné cesty, jak paměť trénovat.

#### **2.2.1.4 Afektivní příznaky**

Nejčastějším afektivním příznakem u schizofrenie je deprese. Bývá součástí akutní psychotické ataky, více do popředí se dostává po odeznění pozitivních symptomů.<sup>27</sup> Deprese v rámci schizofrenie bývá jednou z nejzávažnějších zdravotních a sociálních komplikací základního onemocnění, přesto zůstává málo prozkoumaná. Prevalence je zjišťována ve velmi velkém rozpětí v rozmezí od 7 do 75 %. Existují tři možná vysvětlení vztahů příznaku deprese a psychózy:

(a) **Psychóza vyvolává depresi** – tato hypotéza vychází z nálezů pozitivní korelace mezi výskytem pozitivních symptomů a rozvojem deprese na začátku onemocnění i později při rozvoji postschizofrenní deprese. Staví na psychologických modelech vzniku deprese a považuje ji za reakci na prožitek psychózy nebo změny sociální role.

(b) **Deprese vyvolává psychózu** – podle této hypotézy se prodromální deprese často objeví jako první příznak schizofrenie nebo jejího relapsu.

(c) **Psychóza i deprese se vyvíjejí současně jako dva příznaky jedné nemoci** – podle Koreena (1992) se část depresí v akutní fázi schizofrenie projeví souběžně s psychotickými příznaky a společně s nimi se také zhoršuje a později ustupuje.<sup>28</sup>

<sup>26</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 384).

<sup>27</sup>ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007. ISSN 1213-0508. (s. 8).

<sup>28</sup>MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-116-5. (s. 11-12).

### 2.2.2 Vnímání a prožívání osoby se schizofrenií

Akutní onemocnění vpadne do života postiženého jako katastrofa. První příznaky nemoci jsou poměrně nespecifické a často jsou ovlivňovány sebeléčebnými pokusy jedince. K. Conrad (1987) rozdělil formy ataky schizofrenie do pěti fází prožívání:

- (a) První fáze je nazývána **Trémou** – zahrnuje destrukci situačního kontextu, depresivní náladu, příp. Radostné povznesení, prožitek viny, bludnou náladu, úzkost a neklid, suicidalitu.
- (b) Druhou fází je **Apofainia**, do které patří abnormální významové vědomí, bludné vnímání, prožívání známosti a odcizení, anastrofé, rozšiřování a ozvučování myšlenek.
- (c) **Apokalyptika** je třetí fází, zahrnuje rozvolnění asociací, rozpad myšlení a řeči, intenzivní úzkost.
- (d) **Konsolidace** jako čtvrtá fáze představuje ukončení druhé fáze.
- (e) V páté fázi – **Reziduálním stavu** dochází k redukci energetického potenciálu, vyčerpání vůle, k poruchám koncentrace a tušení přetrvávání.<sup>29</sup>

Osoba se schizofrenií reaguje na přicházející ohrožení buď tím, že se světu neproniknutelně uzavře, nebo se mu úplně vydá, stává se obětí, která se vzdává jakýchkoliv nároků na samostatnou existenci. Je spotřebována, pohlcena druhými. Jakési „milosrdenství“ psychotického odosobnění umožňuje někdy promítnout ohrožující prožitky mimo osobnost, takže se promění ve zcela neosobní události. Situace osoby se tak stává světovou, nebo dokonce kosmickou záležitostí. Úzkost z vlastního ztroskotání může vyústit v blud o hrozícím zániku světa, což oslabuje význam vlastního krachu. V jiném případě se rozpadající lidské já stává všemocným středem světa. Hledání meze, tvaru a tváře v bezmezné lavíně úzkosti je někdy prvním pokusem o znovustvoření a sjednocení rozlomeného života. Pocit úplného „vykořenění“ tvoří podtext heroické obrany. Ke schizofrenní psychice jako by patřila nemožnost stát se dospělým, hotovým člověkem.

Za každou hranicí, za každým pevným bodem, které si vytvářejí zdraví lidé ve svém životě, se před schizofrenikem otevírá prostor beztvarých a neobjevených možností, prázdné místo pro život a pro svět. Stupňující se napětí v prožívání takto nemocných, zejména v počátcích psychózy, je dána tímto ustavičným přesahem nikdy neuchopené hranice.<sup>30</sup>

<sup>29</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 169-170).

<sup>30</sup>SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Člověk v kritických životních situacích*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-901-2. (s. 26-28).

Objevují se pocity derealizace (odcizení světa) a depersonalizace (odcizení vlastní osoby).<sup>31</sup> V příloze č. 1 této práce jsou ukázky autoportrétu jedné z uživatelů služby.

Prožitek ztráty s osobností spojených významů vede k rozpojení vzájemně sladěných projevů osobnosti. Jednotlivé projevy psychiky ztrácí své místo v procesu, kterými jedinci zprostředkovávají vzájemné vztahy s okolím a s životními událostmi. Projevují se neadekvátně, nepřiléhavě a navenek nesrozumitelně. Nemocný jedinec je zcela zaujat novou, nesrozumitelnou tváří své vlastní zkušenosti. Nedokáže udržet vztah mezi realitou a její vnitřní reprezentací. Často se projevuje autismem, což znamená zaujetím vlastním vnitřním světem, neschopností vztahovat svou zkušenost ke skutečnosti a její korekci. Nemocný jedinec se opuštěním pravidel, podle kterých se řídí myšlení, vnímání a formování volně motorických programů, přizpůsobuje ztrátě prožitku vlastní integrity a jednoty mezi prožívanou a reálnou skutečností.<sup>32</sup> Autismus je vedle dezintegrace osobnosti většinou autorů považován za nejzávažnější základní symptom schizofrenie. Základním znakem je přerušování reálného kontaktu osobnosti s vnějším světem. Autistická reakce je jedna z možných na danou situaci, uzavřít se do sebe a vykonstruovat si vlastní svět, lze ji považovat za jeden z důležitých autoregulačních mechanismů, které udržují osobnost v psychotické rovnováze, která ji chrání před úplným psychickým rozpadem.<sup>33</sup>

Za pomoci vnímání, myšlení a emocí si vytváříme ve své mysli obraz světa. Tento obraz světa je u většiny populace podobný. Tím je dána možnost navázat komunikaci a zároveň si porozumět. V psychóze je kontakt s realitou narušený, nemocný jedinec si ve svém nitru vytváří svět, který se liší od toho, který vnímají ostatní. Psychóza jedince zbavuje schopnosti rozpoznat, že jeho realita se liší od skutečnosti druhých. Své myšlení, jednání a vnímání pak považuje za zcela normální. Z tohoto důvodu je pro okolí nemožné se s nemocným domluvit. Na psychózu se můžeme dívat i tak, že jde o otevření kanálu mezi hlubšími, vědomě neovládanými vrstvami psychiky a mezi fakty vnější reality.<sup>34</sup>

Setkala jsem se se ženou, jejíž vnitřní život je skutečně bohatý. Již před několika lety si během relapsu nemoci začala vytvářet vlastní historii světa, která se od té, kterou běžně

---

<sup>31</sup>DORNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5. (s. 88).

<sup>32</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 78-79).

<sup>33</sup>SYŘIŠTOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 1977. (s. 85).

<sup>34</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 9-10).

známe, částečně liší. Zajímavé pro mě bylo, v jak krátké době dokázala jednotlivé historické události přetvořit a poskládat tak, aby do sebe zapadaly a v konečném výsledku dávaly smysl. Po odeznění akutních příznaků mi tato paní o všem vyprávěla, již s vědomím toho, že byla mimo realitu.

Dodnes však, vždy když se její psychický stav zhorší, domýšlí další podrobnosti a události do svého světa.

### 2.2.3 Epidemiologie

Epidemiologický výzkum je zaměřený na stanovení frekvence onemocnění v populaci a v různých populačních skupinách a na jeho geografickou distribuci. Studuje i proměnlivost výskytu v závislosti na různých podmínkách, přidružená rizika a komplikace schizofrenie. Tato data slouží tvorbě hypotéz o povaze a průběhu choroby a pomáhají prevenci.

Epidemiologický výzkum schizofrenie má řadu omezení, protože neexistují specifické diagnostické testy, zvýrazňují se problémy s identifikací případu. Vývoj diagnostických přístupů, společenská tolerance vůči abnormálnímu jednání a různý význam role nemocného v odlišných kulturách vedou k obtížím nejen při sběru dat, ale i při jejich interpretaci.<sup>35</sup>

Výsledky epidemiologických studií konzistentně udávají celoživotní prevalenci onemocnění v rozmezí 1 – 1,5 %. Vyskytuje se stejně často u mužů i žen. Rozdíly mezi pohlavími se objevují ve věku propuknutí nemoci, kdy u mužů nastupuje schizofrenie dříve a to mezi 15. a 25. rokem, u žen později mezi 25. a 35. rokem věku.<sup>36</sup> Existuje ale několik výjimek – vysoká prevalence schizofrenie v severním Švédsku za polárním kruhem (v roce 1953 to bylo 7,5 % a v roce 1978 již 17 %) je vysvětlována vysokou mírou sdílení genů u izolované společnosti, naproti tomu vysoká prevalence na Istrii je vysvětlována negativním výběrem v populaci v důsledku rozsáhlé emigrace.<sup>37</sup>

### 2.2.4 Etiopatogeneze

Univerzální etiopatogenetický model schizofrenie není znám. Předpokládá se, že schizofrenie vzniká na základě multifaktoriální etiologie s mnohočetnými patologickými vlivy. Vznikly etiologické hypotézy genetické, infekční, biochemické, hypotézy týkající se metabolismu lipidů, ale i takové, které vidí příčiny vzniku schizofrenie v selhání

<sup>35</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 362).

<sup>36</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 48).

<sup>37</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 362).

psychologických obranných mechanismů a ve zhroucení mezilidské komunikace.<sup>38</sup>

Výskyt schizofrenie u několika členů jedné rodiny byl pozorován odedávna. Pokud někdo v rodině trpí schizofrenií, zvyšuje se prevalence nemoci u členů užší rodiny. Zdá se, že genetický přenos je podmíněn polygenní dědičností. Projevení poruchy je pak důsledkem vzájemné interakce mezi vnitřními dispozicemi (genetická zátěž, vulnerabilita) a vnější zátěží.<sup>39</sup>

Další významnou hypotézou z řad neurotransmitterových je teorie dopaminová. Dopamin je významným neuromodulátorem, který reguluje reakci neuronů na podněty z okolí. Od původní teorie o nadbytku dopaminu se pozornost vědců soustředí na postsynaptické receptory D2 a na dopaminový deficit v prefrontální kůře. Dalším transmitterem, jehož zkoumání je předmětem výzkumů je glutamát.

V současném pojetí nálezy podporují spíše hypotézu o neurovývoji vzniku schizofrenie. Komplexní neurovývojová teorie chápe schizofrenii jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů vulnerability (zranitelnosti) a stresu (zátěže).<sup>40</sup>

### 2.2.5 Diagnóza

Diagnóza onemocnění vede ke stanovení hypotézy o tom, jak bude nemoc probíhat a jak ji lze ovlivňovat.<sup>41</sup> Diagnostická kritéria vycházejí z klasifikačního systému MKN 10 (International Classification of Disease, ICD 10, podle WHO – Světové zdravotnické organizace) nebo DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual, podle Americké psychiatrické asociace).<sup>42</sup>

Příznaky, které jsou vodítkem pro stanovení diagnózy jsou v MKN-10 tříděny do následujících skupin:

- (a) Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- (b) Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo ke specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání.
- (c) Halucinované hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou hovoří, nebo jiné typy halucinovaných hlasů, přicházejících z určité části těla.

<sup>38</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 364).

<sup>39</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 48).

<sup>40</sup>FÍŠAR, Zdeněk, JIRÁK, Roman. *Výbrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0061-1. (s. 176, 184).

<sup>41</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 348).

<sup>42</sup>FÍŠAR, Zdeněk, JIRÁK, Roman. *Výbrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0061-1. (s. 170).

- (d) Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti.

Z těchto skupin je pro stanovení diagnózy nutná přítomnost alespoň jednoho jasného příznaku nebo dva příznaky, jejichž přítomnost je méně zřetelná:

- (a) Přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládajícími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů či měsíců
- (b) Zarázy nebo vkládání jiného toku myšlenek a z těchto jevů vyplývající inkoherece nebo nepřiléhavost v řeči.
- (c) Katatonní jednání (např. vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, negativismus, mutismus, atp).
- (d) Negativní příznaky jako je apatie, ochuzení řeči, oploštění nebo nepřiměřenost emočního prožívání.
- (e) Výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů v okolí a sociální stažení.

Příznaky by měly trvat alespoň jeden měsíc nebo déle. Neměly by být spojeny se silně vyjádřenou depresivní či manickou symptomatikou, ani s jiným organickým onemocněním mozku, intoxikací nebo v rámci odvykacího stavu po odnětí návykové látky.<sup>43</sup>

Důležitou součástí diagnostiky je psychiatrické vyšetření, které se skládá z psychiatrické anamnézy a psychologického vyšetření. Podstatná je konfrontace údajů získaných od nemocného (subjektivní pohled) s údaji od jeho nejbližších (relativně objektivní pohled).<sup>44</sup>

### **2.2.5.1 diferenciální diagnóza**

Před konečným stanovením diagnózy schizofrenie je třeba vyloučit ostatní psychotické poruchy, zejména toxické a organické etiologie. Zásadní je detailní anamnéza, laboratorní vyšetření, důkladné somatické vyšetření, včetně vyšetření zobrazovacími metodami. U akutního psychotického stavu je zásadní toxikologické vyšetření na přítomnost návykových látek.<sup>45</sup> V diferenciální diagnostice pomáhá psychologické vyšetření, které pomůže upřesnit

<sup>43</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 348-349).

<sup>44</sup>ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007. ISSN 1213-0508. (s. 11-12).

<sup>45</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune

kognitivní dysfunkce.<sup>46</sup>

### 2.2.6 Průběh onemocnění a jeho prognóza

Průběh nemoci je velmi různorodý, od ojedinělé epizody, přes opakované ataky s různým funkčním postižením, až po plíživý, nepříznivý chronický průběh.<sup>47</sup> Neexistují dvě stejně probíhající onemocnění u různých osob. Rychlost a rozmanitost změn, jejich hloubka a trvalost i následky, ke kterým u pacienta vedou, jsou individuální.<sup>48</sup>

Schizofrenie začíná většinou během dospívání a časně dospělosti. Mnohem častěji se rozvíjí postupně s prodromálními příznaky. Podle několika studií tyto příznaky předcházejí nemoc o tři až pět let. První projevy psychotického onemocnění je často okolí považováno za typické chování dospívajícího a je tolerováno. Prodromální symptomy se často kryjí s osobnostními rysy dotyčného jedince. V osobnostních rysech může být přítomna uzavřenost, pasivita, introvertnost, tím je omezen kontakt s vrstevníky, v prodromálním období se objevují poruchy pozornosti, neurčité bolesti, trávící obtíže a pocity celkové slabosti. Takto se projevující lidé jsou často odesíláni do ordinací somatických lékařů. S postupující nemocí se začínají vyskytovat další symptomy: hloubání nad maličkostmi a nedůležitými věcmi, zaujetí vírou nebo okultismem, zvláštnostmi v oblékání, jídle, podrážděnost, vztahovačnost, úzkost, neklid, nespavost, halucinace a bludy.<sup>49</sup> V tomto období dochází k plnému rozvinutí typicky schizofrenních příznaků, v této fázi se objevuje autismus, narušení formálního myšlení od myšlenkových zárazů po různé stupně rozvolnění, bludy, poruchy vnímání, bezcílné a manýrované jednání a nepřiléhavé chování, prožitek tenze spojený s útlumem a depresí nebo s agitovaností.<sup>50</sup> Další průběh bývá variabilní. Jediná epizoda s následnou úzdavou nebo přetrvávajícím postižením, opakované akutní ataky s návratem na premorbidní úroveň nebo s narůstajícím defektem mezi epizodami nebo varianta chronického průběhu s prohlubujícím defektem kognitivních funkcí a osobnosti.<sup>51</sup>

---

CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 49-50).

<sup>46</sup>ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007. ISSN 1213-0508. (s. 13).

<sup>47</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 50).

<sup>48</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 84).

<sup>49</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 18).

<sup>50</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 84-85).

<sup>51</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 50).



K recidivě psychózy dochází až u 60 % nemocných.<sup>52</sup> Uvádí se, že přibližně u 1/3 nemocných dochází k uzdravení, u 1/3 k relapsům a remisím a u 1/3 k chronickému zhoršení.<sup>53</sup> Příznivější prognózu mají onemocnění s náhlým začátkem a s přítomností pozitivních symptomů. Méně příznivou prognózu mají naopak onemocnění, která začala plíživě a během které byly přítomny spíše negativní příznaky.<sup>54</sup> Dalšími předpoklady pro nepříznivou prognózu jsou rodinná anamnéza psychotické poruchy, nedostatečná úroveň sociální adaptace, kognitivní poruchy, neurovývojové onemocnění a strukturální abnormality mozku, mužské pohlaví, mladší věk při propuknutí nemoci, plíživý rozvoj nemoci, užívání návykových látek a pravděpodobně délka neléčené nemoci.<sup>55</sup>

Osoby se schizofrenií mají vyšší úmrtnost v důsledku nehod a zdravotních komplikací. Závažné je současně zneužívání návykových látek (ve světové literatuře se uvádí, že až 50 % schizofreniků zneužívá alkohol), což představuje velký problém. Přibližně 75 % pacientů se schizofrenií kouří intenzivně cigarety, to souvisí jednak s větší morbiditou, ale ovlivňuje to také metabolismus antipsychotik.<sup>56</sup> Ve své praxi se skutečně setkáváme s vysokým počtem klientů, kteří kouří značné množství cigaret. Cigarety jsou pro ně velmi důležité, často důležitější než jídlo, což bývá i předmětem našich rozhovorů a finančního plánování. Značná část kouřících se této neřesti naučila v psychiatrické léčebně, kde kouření zpočátku bylo hlavní aktivitou během dne. Vzhledem k tomu, že jedním z negativních důsledků schizofrenie je abulie, je pro naše klienty prakticky nemožné, najít sílu a pevnou vůli se tohoto zlovyku vzdát.

### 2.2.7 Formy onemocnění

Značná proměnlivost příznaků vedla k rozčlenění do několika forem. Kraepelin ve své učebnici rozděloval formu na paranoidní, hebefrenní a katatonní, Bleuer, který schizofrenii výrazně rozšířil, popsal formu simplexní. Toto dělení se stalo základem klinické typologie. Členění obrazu schizofrenie má význam pro komunikaci s nemocným a pro individualizovanou péči o něj.

---

<sup>52</sup>KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6. (s. 32).

<sup>53</sup>FIŠAR, Zdeněk, JIRÁK, Roman. *Výbrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0061-1. (s. 170).

<sup>54</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 20).

<sup>55</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 50).

<sup>56</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 50).

**Paranoidní forma schizofrenie** (F20.0) je nejčastějším a nejobvyklejším typem. Je charakterizována relativně stálými bludy, které doprovázejí halucinace.

**Hebefrenní forma schizofrenie** (F20.1) akcentuje známky pubertálního a adolescentního chování. Klasickým projevem jsou nepřiléhavost v projevu a emocích, pošetilost a celková dezorganizovanost duševního života.<sup>57</sup>

**Katatonní forma schizofrenie** (F20.2) je typem, v jehož klinickém obrazu se v popředí objevují poruchy motoriky. Tyto projevy mohou být jak zvýšená motorická aktivita, tak motorika snižená až ke stuporu.

**Simplexní forma schizofrenie** (F20.6) je charakterizována změnami v chování, vyplývajících z prohlubující se autizace pacienta. Emotivita je značně oploštělá. Chybí při ní známky zápasu o duševní rovnováhu.<sup>58</sup>

**Nediferencovaná forma schizofrenie** (F20.3) zahrnuje ta onemocnění, která nemají vyhraněnou podobu. Dostačující příznaky pro dané typy chybí a nebo naopak patří do více forem schizofrenie.<sup>59</sup>

**Reziduální schizofrenie** (F20.5) je označení pro chronický stav přetrvávající po odeznění akutní symptomatologie ataky. Hlavním projevem jsou deformace chování po proběhlé atace nemoci: lenošství, nemotivovaná toulavost, zanedbávání sebe sama i svého okolí, podivně deformované vztahy mezi dotyčným a skutečností.

**Postschizofrenní deprese** (F20.4) se vztahuje spíše k průběhovým stadiím onemocnění. Jedná se o stavy, které často následují a přetrvávají po odeznění akutních příznaků schizofrenního onemocnění.<sup>60</sup>

## 2.2.8 Terapie léčby psychotické poruchy

Léčba schizofrenie začíná navázáním terapeutického vztahu a stanovením individuálního léčebného plánu, který se liší podle jednotlivých stavů nemoci. S ohledem na dlouhodobost nemoci je důležité pravidelné monitorování stavu a hodnocení účinků zvolené terapie. Nevhodně zvolená léčba pomáhá onemocnění chronifikovat. Důležitá je informovanost

---

<sup>57</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 355-356).

<sup>58</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 94).

<sup>59</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 359).

<sup>60</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 96).

nemocného, jeho rodiny a blízkého okolí. Terapeutický tým by měl nemocnému pomáhat v sociálním fungování. Základem léčby je komplexní terapeutický přístup.<sup>61</sup> U každého pacienta by lékař měl mít zpracován terapeutický plán na třech úrovních – na úrovni somatické, psychologické a sociálně psychologické.<sup>62</sup> Léčba schizofrenní psychózy může trvat mnoho let, během kterých může dojít k mnoha krizím i z toho důvodu, že tito pacienti se často brání kombinaci medicínské a psychoterapeutické práce.<sup>63</sup>

V některých případech je nutné podstoupit hospitalizaci na psychiatrickém oddělení, případně v psychiatrické léčebně. Zde dochází nejen k posouzení zdravotního stavu a k nastavení medikamentózní léčby, ale pobyt na oddělení může prostřednictvím svého chráněného prostředí přispět i ke snížení břemene zodpovědnosti, který nemocný jedinec pocítuje.<sup>64</sup> Naše sdružení se snaží rozvíjet spolupráci se zdravotníky, zejména s ambulantními psychiatry a praktickými lékaři, psychiatrickým oddělením KNL a psychiatrickými léčebnami, ale i dalšími specialisty a psychology. Tato mnohaletá spolupráce se velmi osvědčuje, jednak rychlou komunikací a hledáním řešení při zhoršení zdravotního stavu našich uživatelů, ale také tím, že tito odborníci informují o našich službách a pomáhají tak podchycovat nově přibylé pacienty, u kterých se, díky zpočátku především nízkoprahovým službám a poradenství, může pomoci předejít sociální izolovanosti a ztrátě zájmu o sebe sama i své okolí. Zájem ambulantních psychiatrů o naše sdružení a služby, které nabízíme, nás velmi těší, považujeme je za uznání kvality námi poskytovaných služeb i jako ocenění, že zdravotničtí pracovníci vnímají sociální služby, jako součást léčby pacientů s psychózou. Během uplynulých dvou let bylo do zařízení doporučeno 65 % zájemců o službu právě psychiatry (zdroj: databáze služeb Highlander2, o. s. FOKUS Liberec).

### **2.2.8.1 farmakoterapie**

Cílem farmakoterapie je vytvořit logickou léčebnou strategii.<sup>65</sup> Je zásadní léčebnou složkou v psychóze. Základ farmakoterapie tvoří antipsychotika (neuroleptika).<sup>66</sup>

---

<sup>61</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 50).

<sup>62</sup>LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1. (s. 104).

<sup>63</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 199).

<sup>64</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 390).

<sup>65</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 50).

<sup>66</sup>RABOCH, JIRÁK, PACTL. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-602-3. (s. 62).

Zavedení antipsychotik v polovině padesátých let 20. století znamenalo skutečnou revoluci v psychiatrii, cílená terapie umožnila, mnohým nemocným návrat zpět do života, zkrátila délku epizod nemoci, snížila se potřeba hospitalizací a umožnil se rozvoj ambulantní a komunitní péče.<sup>67</sup>

V současné době je k dispozici několik desítek klinicky používaných látek, které se liší nejen intenzitou účinku, ale i formou využití v různých aplikačních formách. Antipsychotika se dělí na antipsychotika I. (typická) a II. generace (atypická). Již dlouho je známo, že účinky antipsychotik jsou podmíněny bloádou receptorů pro dopamin a jiné neurotransmitery.<sup>68</sup> Součástí farmakoterapie jsou i nežádoucí účinky léků. Zejména na počátku podávání léků se objevují ospalost, únava a letargie. Pokud jsou účinky výrazně útlumové, je nutné lék vysadit. Může se vyskytnout rozostřené vidění a sucho v ústech, bolesti břicha, motorický neklid, třes, šouravá chůze. Medikamenty mohou ovlivňovat i chování a náladu, ať ve formě depresivních příznaků nebo naopak euforie, iritability. Užívání antipsychotik má vliv na vnitřní orgány těla (játra, ledviny, kardiovaskulární systém), stejně tak může způsobit zvýšení chuti k jídlu a nárůst tělesné hmotnosti. Zvýšení hmotnosti a změny tělesných proporcí mohou vést k metabolickým komplikacím, jako je inzulínová rezistence, pre-diabetes, diabetes a dislipidie.<sup>69</sup>

#### 2.2.8.1.1 farmakoterapie – jiná farmaka

V terapii schizofrenie jsou využívány i další psychofarmaka jako přídatná. Jedná se jednak o *antidepresiva*, která mají poměrně široké indikační působení. Antidepresiva nejsou příliš účinná v léčbě apaticko-abulického syndromu nebo negativních příznaků schizofrenie a mohou provokovat pozitivní symptomatologii. Další skupinou látek, která se používají jsou *benzodiazepiny*. Předepisují se zejména na úzkost, nespavost a psychický neklid. *Stabilizátory nálady* zase pomáhají zlepšovat afektivní příznaky, kontrolovat impulsivitu nebo násilné chování.<sup>70</sup>

Samotná farmakoterapie ke zvládnutí choroby nestačí. Je třeba ji doplnit podrobným vysvětlením vlastního postupu a podpůrnými psychoterapeutickými zásahy. V opačném

---

<sup>67</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 34).

<sup>68</sup>HYNIE, Syxtus. *Psychofarmakologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-17-5. (s. 140).

<sup>69</sup>RABOCH, JIRÁK, PACTL. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-602-3. (s. 63-85).

<sup>70</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 59).

případě se může stát, že nemocný nebude medikaci užívat a jeho zdravotní stav se zhorší.<sup>71</sup>

### **2.2.8.2 elektrokonvulzivní terapie (EKT)**

Ještě před 60 lety byla elektrokonvulzivní terapie jedinou účinnou formou léčby schizofrenie.<sup>72</sup> EKT je vhodnou terapií u osob, u kterých jsou přítomny afektivní symptomy, agitovanost a suicidiální tendence. Jako metoda první volby se používá i u katatonních stavů, lze ji použít při špatně ovlivnitelném zhoršování psychopatologie.<sup>73</sup>

### **2.2.8.3 psychoterapeutické a sociální přístupy**

Péče o jedince se schizofrenií by měla být týmová a jasně strukturovaná. Cílem terapie je zvládnout jednotlivé problémy, předejít relapsu onemocnění a vrátit sociální fungování pokud možno na premorbidní úroveň.<sup>74</sup> Nezbytnou součástí terapie je psychoedukace, tedy snaha poučit pacienta o povaze jeho poruchy, a o důvodech léčebných zákroků a opatření. Pacient by se měl naučit rozumět tomu, co se s ním děje, a pochopit své obavy, prožitky a nejistoty. Je vhodné ho připravit na obtíže v léčbě i na obtíže, které s nemocí souvisejí.<sup>75</sup>

#### **2.2.8.3.1 nácvik sociálních dovedností**

Sociální dovednosti slouží k řešení mezilidských problémů každodenního života. Jedná se například o schopnost zahájit rozhovor, nesouhlasit s jiným člověkem, umění odejít ze stresující situace, vyjádřit sympatie, umět odmítnout, o čem není zájem. Lidé, kteří onemocněli schizofrenií mají sociální dovednosti často nedostatečné, buď z důvodu, že se vzhledem k ranému počátku nemoci přiměřenému sociálnímu chování nenaučili, nebo k jejich zhoršení došlo v důsledku akutních psychotických příznaků anebo je v důsledku sociální izolace přestali používat a zapomněli je.<sup>76</sup>

#### **2.2.8.3.2 kognitivně behaviorální terapie**

Pomocí kognitivně behaviorálních metod se dají u některých pacientů úspěšně ovlivnit

---

<sup>71</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 390).

<sup>72</sup>RABOCH, JIRÁK, PACTL. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-602-3. (s. 62).

<sup>73</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 60).

<sup>74</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 60).

<sup>75</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 395).

<sup>76</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 41).

bludy a halucinace. Pacienti se učí techniky odvedení pozornosti od nepříjemných halucinací, čímž dochází ke snížení nepohody a stresu.<sup>77</sup>

### **2.2.8.3.3 kognitivní rehabilitace**

Schizofrenie je spojená s různou mírou poškození kognitivních funkcí. Kognitivní rehabilitace používá k nácviku počítačové programy<sup>78</sup>, dalším způsobem je Integrovaný psychoterapeutický program (Brenner, 1990), který je postupným nácvikem kognitivní diferenciací, sociálního vnímání, verbální komunikace, sociálních dovedností a řešení problémů.<sup>79</sup>

### **2.2.8.3.4 sociální rehabilitace**

Přechod z hospitalizační do ambulantní péče je jednodušší, pokud může nemocný jedinec využít denní stacionáře, protože v nich lze navázat na terapeutický plán, sestavený v nemocnici. Stejně důležité jsou podpůrné skupiny, sociálně terapeutické dílny, volnočasové aktivity a chráněná bydlení. Strukturované postupy v oblasti sociálního učení zlepšují specifické schopnosti a dovednosti, mohou pomáhat snižovat počet relapsů nemoci a četnost hospitalizací.<sup>80</sup>

### **2.2.8.3.5 práce s příbuznými**

Práce s rodinou a sociální sítí nemocného jedince se stává důležitou součástí léčby. Cílem intervencí je reagovat na potřeby rodiny a nemocného, pro které je důležité chápat podstatu nemoci, zvládat její projevy, rizikové chování a vědět, jak se chovat v krizových situacích, zvládat komunikaci v rodině, mít kapacitu a dovednosti pro zvládání problémů, naučit se formulovat dosažitelné cíle a udržovat důvěru mezi členy rodiny. Jen fungující rodina je schopna udržet si přesvědčení, že daná situace se dá zvládnout, bude schopna snižovat stres a předcházet stavům, které zvyšují riziko relapsu onemocnění. Cílem pomáhajících profesí je ovlivnit prožívání a chování rodinných příslušníků, pomáhají jim nahlédnout na to, že vysoký počet podnětů spojený s vysokou mírou vyjadřovaných emocí může bránit úpravě

<sup>77</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 61).

<sup>78</sup>PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. (s. 41).

<sup>79</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 61).

<sup>80</sup>SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2. (s. 61).

nemocného jedince.<sup>81</sup>

Spolupráce s rodinami a blízkým okolím klienta je pro nás jedním ze zásadních východisek. Někdy je napravení vztahů a komunikace velmi těžké a to zejména v případech, kdy je člen rodiny nemocný delší dobu a rodina nemá dostatek sil ke změně. Složitá je situace, kdy je klient nemocné dítě, a přestože je již dávno dospělý, rodiče k němu stále jako k dítěti přistupují. Pak může docházet ke konfliktním situacím, kdy my pracujeme s klientem na posílení jeho kompetencí, snažíme se, aby byl schopen za sebe přijmout zodpovědnost a vyrovnal se s myšlenkou, že postarat se o sebe musí především on sám, čímž ovšem narušíme představu rodičů o hodném potomkovi, který toho sice dříve moc neuměl, ale poslouchal. Bohužel se často setkáváme i s tím, že rodinní příslušníci jsou rádi, že našli zařízení a jejich představa je taková, že my se o nemocného postaráme a oni už budou mít klid a odmítají jakoukoliv formu spolupráce.

### 2.2.9 Stigmatizace

Stigma a pověry o duševně nemocných přetrvávají nadále. Ještě dnes se lidem s psychickými potížemi stává, že se od nich společnost distancuje, vyřazovací tendence jsou silné. Psychická porucha se projevuje jinak, než somatické onemocnění. Ve většině případů je tělesná nemoc porucha nějakého orgánu, srozumitelná a dobře ohraničená, u psychicky nemocného je takové ohraničení méně zřetelné. Chování takto nemocného jedince se může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Všichni někdy prožívají smutek, ztrácejí chuť k jídlu, málo spí a jsou smutní. Překonají to však. Nemocný budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat. Jeví se jako člověk s vadami povahy: neschopný a také nespolehlivý, nekontrolovatelný a možná i hloupý a nebezpečný. Díky nedostatku informací o duševních nemocech, jejich průběhu a léčení se získaná představa nemůže konfrontovat s racionálními argumenty. Naopak živnou půdou pro zjednodušenou představu, že nemocný je divný, nevypočitatelný, slabý a líný je posilována naším přirozeným strachem z toho co neznáme, spolu s věky předávanými mýty o duševních poruchách, zejména schizofrenii.

Na konci roku 2004 byl v rámci spolupráce projektu Změna s agenturou DEMA, proveden výzkum „Názory na schizofrenii“ na vzorku cca 700 dospělých lidí v ČR. Z něj vyplývá, že:

---

<sup>81</sup>MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. (s. 144).

- Minimální procento lidí odmítlo vyjádřit svůj názor na schizofrenii
- Chování lidí vůči osobám se schizofrenií se opírá o laický pohled na duševní nemoci jako takové. Vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. Nese s sebou stereotypy a mnohdy racionálně neověřená tvrzení (např.: „schizofrenik = nebezpečný člověk, násilnické povahy).
- Úvahy o duševní poruše jsou vytěšňovány. Navenek je mínění deklarováno nezájmem nebo stručnými až kategorickými výroky od soucitného konstatování „jsou to chudáci“, přes věcné „jsou to nemocní lidé“, až po pejorativní a odsuzující pojmenování „jsou to blázni, magoři, cvoci“.
- Veřejnost si uvědomuje, že duševní stav a chování psychicky nemocného jsou neustálé a mohou se často měnit. Klidné období je měněno za nejistotu. A právě tato nevyzpytatelnost je podhoubím obavy a mýtů.
- Obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenické poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se dostávají k běžným občanům jsou náhodné a útržkovité.
- Lépe se staví k nemocným (např. nechtějí je izolovat, považují duševní nemoci za léčitelné) ta část populace, která se dostává se schizofreniky do interpersonálního kontaktu, tvořeného rodinnými, přátelskými či pracovními vztahy.

Nejvíce se při utváření obrazu o nemocných projeví tři aspekty, a to nevyzpytatelnost chování schizofrenika, jeho možná agresivita a obavy, které může vzbuzovat ve svém okolí.

Studie v ČR tak odpovídá širším představám o schizofrenii, které jsou:

- (a) psychické poruchy jsou neléčitelné
- (b) psychicky nemocní jsou nevypočitatelní a agresivní

Původ těchto tvrzení se odvíjí od zjednodušeného předpokladu o skupině lidí, která má je označena jako duševně nemocní. Tyto předpoklady nejsou zkoumány, protože předsudek je jakousi pohodlnou, společností posvěcenou zkratkou, která umožňuje ušetřit si rozhodování spojené s hodnocením konkrétního člověka. Více než individuální posouzení jednotlivce dává většina lidí přednost přijetí skupinových vlastností určité skupiny lidí. Předsudek či znamení navíc chránila i v minulosti společnost před nebezpečnými a označenými lidmi. K nedostatku pravdivých informací, stylu posuzování a malé zkušenosti s konkrétním člověkem s psychickými potížemi se přidává strach. Strach z neznámého, z nebezpečí, z kriminálních tendencí, strach z nemoci a léčení.

Také časté slangové výrazy jako „šílenec“, „blázen“, „psycho“, „magor“ atp. dehumanizují lidi, potýkající se s příznaky psychické poruchy.



## Důsledky stigmatizace

Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními, strach a nedostatečná informovanost vedou k diskriminaci osob s psychickou poruchou. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se opakují zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné. Dopady na nositele nemoci jsou tak značné, že se někdy mluví o stigmatu jako o „druhotné nemoci“. Pravdou je, že mnozí pacienti si více než na samotné příznaky nemoci stěžují na izolaci, osamocení a oslabený pocit vlastní sebehodnoty.<sup>82</sup>

### 2.2.10 Pracovní posuzování osob se schizofrenií

Schizofrenie je onemocnění, které zpravidla snižuje způsobilost k plnění rolí a funkcí v zaměstnání i ve společnosti. Role psychiatrů spočívá i v tom, že specifikují rozsah a míru funkčního postižení u nemocného jedince. Řešením, které se většinou objeví jako nezbytné, je navržení invalidního důchodu.

Invalidizace nemocného je bezpečné řešení sociální situace, ale může vést k posílení negativní symptomatiky, k pasivitě a nakonec až k úplné ztrátě aktivního vztahu ke svému okolí. Proto je nutné vysvětlovat nemocným, že přiznání invalidního důchodu není konečným soudem o jejich schopnostech a lidské hodnotě.<sup>83</sup>

### 2.2.11 Způsobilost k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům upravuje občanský zákoník č. 40/1964 Sb. v § 7-10. Způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti (způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí. Soud zbavení nebo omezení způsobilosti

---

<sup>82</sup>Změna stopstigma. *O stigmatu*. [online]. 2010. [cit.: 2011-02-14]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>

<sup>83</sup>HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5. (s. 397).

změní nebo zruší, změni-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly.<sup>84</sup>

Lidé se schizofrenií jsou v některých případech ve způsobilosti k právním úkonům omezováni nebo jí zbavováni zcela. Toto opatření slouží zejména k ochraně nemocného jedince, který by tím, že nemá náhled na skutečnost, mohl podniknout kroky (uzavřít smlouvu či obchod), které by ho poškodily na dlouhou dobu, často do konce života. Častou příčinou, kvůli kterým k problematickým situacím dochází je to, že jedinec v psychóze je snadným cílem obchodníků či pouličních dealerů, kteří nabízejí „výhodné“ půjčky, úvěrové karty, paušály mobilních operátorů, apod. Takto nemocný člověk většinou nabídku nerozumí, jediným kritériem pro něj je to, že nabízená věc je „výhodná“, často také neumí nabízejícího odmítnout, podepíše tedy smlouvu, kterou si nepřčetl, které nerozumí. Brzy zjistí, že splácení je nad jeho finanční možnosti a proto splácet přestane, upomínky se snaží ignorovat, patrně s myšlenkou, že když upomínku vyhodí do odpadků, přestane existovat. Se žádostí o pomoc se na nás většinou obrátí, až když je pozdě a je rozhodnuto o exekuci. V těchto případech se pak snažíme o dohodu s exekutory a společnostmi, ve kterých dluh vznikl, alespoň na odpuštění úroků. Naše sdružení navázalo spolupráci s Ligou na ochranu lidských práv. V současné době se snažíme nakontaktovat advokáta z Liberce nebo jeho okolí, který by byl ochoten bezúplatně zastupovat uživatele, kteří se dostali do podobné situace u soudu.

### 2.3 Definice pojmu potřeby

Stav tělesné, duševní a sociální pohody je závislý na možnostech uspokojování potřeb individua. Potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického či sociálního bytí člověka a cílem chování, které je s nimi spojeno, je redukce těchto potřeb, jež je prožívána jako různé druhy uspokojení.

Americký klinický psycholog A. H. Maslow chápe uspokojování potřeb jako základní podmínku udržování fyzického a duševního zdraví. Vytvořil hierarchickou pyramidu potřeb, kdy rozeznává potřeby vývojově nižší, či základní (fyziologické), ke kterým přiřazuje i potřebu bezpečí a potřeby vyšší, v nichž se upevňuje zejména vazba jedince na sociální podmínky jeho existence (potřeba sociálního styku, náležitosti, lásky a další). Vývojově nejvyšší jsou potřeby růstu, které tvoří komplex organizovaný kolem potřeb seberealizace (potřeba sebeoceny, úcty, uznání, prestiže). Pro tyto potřeby používal Maslow termín **metapotřeby**. Ve srovnání se základními potřebami jsou méně naléhavé, ale jejich uspokojování posiluje lidskost, štěstí a

<sup>84</sup>Business center.cz. *Občanský zákoník*. [online]. 2011. [cit.: 2011-02-16]. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcankzak/cast1.aspx>

radost. Základní potřeby individua (potřeba spánku, elementární potřeby, potřeby pohybu, odpočinku, sexuální potřeby) jsou spojeny s fyziologickými procesy, vnitřní stimulací organismu a nejčastěji závisí na probíhajících metabolických změnách. Vzorcem uspokojování základních potřeb je jejich redukce. Redukce hladu nasycením, redukce strachu dosažením pocitu jistoty. Potřeby, které se vztahují k sociálním podmínkám lidského bytí (například výkonu, opory, kompetence) jsou složitější. Například potřeba výkonu (úspěchu) je závislá na určitých životních standardech vytvořených historicky i kulturním prostředím. Člověk se necítí dobře, když v dané kultuře nedosahuje určité úrovně prestiže a společenského postavení.<sup>85</sup>

### 2.3.1 Specifické potřeby osob se schizofrenií

Onemocnění se promítá na různých existenčních rovinách člověka, vždy je však nutné brát v úvahu jeho sociální důsledky. Měřítkem jsou v tomto případě možnosti jedince podílet se na sociálním dění. Zejména u psychóz je podíl chronických poruch vysoký, důvodem nebývá jen onemocnění samo, ale také premorbidní vývoj, zpracování nemoci a reakce sociálního okolí. Na těchto úvahách je založeno rozlišování Světové zdravotnické organizace (WHO) mezi poškozením, zneschopněním a znevýhodněním.

**Poškození** (impairment) je chápáno jako přímý následek onemocnění, poškození se **zneschopněním** (disability) stává, dojde-li k poškození či zničení některé funkce. Omezení funkce může vést k narušení sociálního dění, čímž pak vzniká **znevýhodnění** (handicap). Ten je ovšem závislý na rámcových sociálních podmínkách postiženého.<sup>86</sup> Handicap je psychosociální kategorií, která označuje míru zatížení jedince nejen biologicky.<sup>87</sup>

Rozsah zneschopnění a znevýhodnění není lineárně spojen se závažností a druhem onemocnění. Zneschopnění je širší pojem než chronifikace nemoci. Toto rozlišení má svůj význam, protože u velké části osob se schizofrenií dochází ke chronifikaci a v jejím důsledku k vyhraněnému sociálnímu znevýhodnění.<sup>88</sup>

Částečné, nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost, nebo více činností, které je způsobeno poruchou, nebo dysfunkcí orgánu je podle WHO nazýváno **postižením**. Míra pomoci umožňující postiženému jednotlivci uspokojit jeho potřeby určuje

<sup>85</sup>NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-1290-7. (s. 463-471).

<sup>86</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 92).

<sup>87</sup>VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-47. (s. 161).

<sup>88</sup>RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0. (s. 92).

stupeň jeho handicapu. Postižení jedince nemusí automaticky znamenat snížení kvality jeho života, pokud jsou využity mechanismy podporující vyrovnávání příležitostí a kompenzující překážky, které jedinci brání v uspokojování jeho přirozených potřeb. Ideálním stavem je pak integrace handicapovaného jedince, jeho plné začlenění do společnosti, nezávislost, jež nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany okolí. U defektů těžšího typu je ale nutné se zbytky projevů postižení počítat a kombinovat porozumění problému s pozitivní motivací postiženého jedince, systematickým rozvojem zachovalých, nebo kompenzujících funkcí, schopností a dovedností. Cílem je dosažení optimální míry samostatnosti. Nakolik se daří nebo nedaří využít tyto mechanismy do značné míry také závisí na situaci společnosti, v níž jedinec s postižením žije.

Faktory, které ovlivňují život lidí s postižením, jsou tedy jednak **subjektivní** omezení vyplývající ze zdravotního stavu, osobnostní rysy jedince, schopnost zvládnout nepříznivou situaci, vnější vlivy rodiny, sociálního zázemí a komunity a jednak **objektivní** - postoje společnosti, sociální politika státu, politika zaměstnanosti, vzdělávací systémy, rozvoj sociálních služeb.

Smyslem pomoci je vyvážené, kvalifikované a citlivé působení na subjektivní i objektivní faktory za účelem nápravy společenských vztahů a postojů, omezení stigmatizace i celkových negativních dopadů na jedince či cílovou skupinu.<sup>89</sup>

V rámci aktivit ve prospěch lidí se zdravotním postižením se tak často hovoří o péči, servisu, službách a pomoci. Postupně zde dochází ke změně pojmů. Například pojem péče je nahrazován pojmem pomoc a podpora zdůrazňující vlastní možnosti a aktivitu klienta. Také pojmy specifické či zvláštní potřeby doznávají změny. Vycházejí z předpokladu, že lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, není rozdílu mezi potřebami lidí zdravých a postižených. Rozdílné, specifické mohou být jen způsoby jejich uspokojování. Pokud nastane situace, že jedinec nemůže některou z potřeb realizovat obvyklým způsobem, protože mu v tom brání tělesná nebo smyslová vada, chronické onemocnění, snížená mentální úroveň nebo psychická nemoc, pak dochází k frustraci, podnětové, citové i výkonové deprivaci a někdy i trvale negativnímu ovlivnění integrity jedince i narušení harmonického vývoje osobnosti. Jakkoli zdravotně postižený člověk potřebuje v individuální míře určitou pomoc či kompenzaci při uspokojování samozřejmých lidských potřeb, není tato pomoc sama o sobě zvláštní

---

<sup>89</sup>NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7. (s. 12-20).

potřebou, ale souborem opatření, které vedou ke zpřístupnění možností realizovat či naplňovat běžné a zcela přirozené potřeby jedince.

Proto také v kontextu péče o znevýhodněné jedince mluvíme o zpřístupňování (vzdělání, práce, kultury) nebo o vyrovnávání příležitostí. Z otázky zdravotní péče a sociálního zaopatření nemocného, nebo postiženého člověka se tak postupně stává otázka lidských práv, rovného přístupu k nim a otázka optimálního rozvoje každého jedince.<sup>90</sup>

Psychóza je také jedním z mála onemocnění, u kterých je možné předpokládat neschopnost jedince zhodnotit svůj stav, být odpovědný za své chování a činy a umožňuje lékaři rozhodnout o hospitalizaci pacienta i proti jeho vůli. Nemocní si jsou této situace vědomi, a proto je často jejich snahou onemocnění na veřejnosti tajit. Tato skutečnost má za následek, že většina psychotiků není například ochotna mluvit o své nemoci před zaměstnavatelem, nebo budoucím partnerem. V celospolečenském kontextu pak brání psychotikům vytvářet svépomocné skupiny, kluby, zúčastňovat se společných setkání, nebo veřejně lobbovat za své zájmy jako jiné skupiny handicapovaných. Jedná se pak o začarovaný kruh, kdy nemocní svým způsobem přispívají k nedostatečné informovanosti veřejnosti a zahánějí sami sebe do izolace.

Kompenzace handicapu se tedy musí odehrávat jednak v rovině subjektivních faktorů - **snižováním vulnerability jedince**, a dále v úrovni objektivních faktorů - **snižováním stresorů** z vnějšího prostředí a ovlivňováním postojů okolí.<sup>91</sup>

### 2.3.2 Stanovení potřeb u osob s psychickou poruchou

Potřeby jedince nemocného psychózou se významně neliší od potřeb lidí zdravých, nebo postižených jiným typem defektu. Většina postižení s sebou nese defekt zjevný. Psychická porucha často dlouhodobě zjevná není, ale může se nečekaně projevit bizarním chováním. Toto chování je často provázeno strachem z jiných lidí, nepřátelstvím a odmítáním vstřícných postojů. Takto postižený je tedy vnímán jako nesrozumitelný, často i nebezpečný.

Schopnost jedince s psychózou přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám, je ovšem malá, často také provázená nízkým sebehodnocením. Požadavky okolí tedy tito lidé spíše neplní a jsou často navíc podezíráni z nedostatku morálních a volních vlastností. Pro okolí je obtížné odlišit charakterové vlastnosti jedince od

---

<sup>90</sup>NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7. (s. 27-28).

<sup>91</sup>PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. (s. 33-35).

psychické poruchy. To vše jsou faktory vedoucí ke špatné adaptaci a socializaci. Způsoby stanovení a hodnocení potřeb vycházejí nejčastěji z předpokladu, že pro stanovení potřeb je možné vycházet z určitých normativních konceptů, které definují odborníci a jejich plnění hodnotí personál. Pro vyváženější hodnocení potřeb je však nezbytné vzít v úvahu hodnocení potřeb samými uživateli služeb. Zde je však nutné rozlišit mezi potřebou a požadavkem, které nejsou vždy ve shodě. Proto je nutné společně integrovat profesionálně vyhodnocené potřeby s požadavky uživatelů.

V roce 1995 provedla Probstová šetření potřeb u dlouhodobě duševně nemocných. Šetření se soustředilo na tři okruhy:

- (a) Deskripci základních údajů o zdravotním stavu a sociodemografickém zázemí.
- (b) Sociální situaci pacienta z hlediska uspokojování potřeb (bydlení, kontakty s rodinou, atd.).
- (c) Dostupnost a využívání psychiatrických služeb.

Toto šetření ukázalo nutnost komplexního řešení situace duševně nemocných. Somatická biologická léčba má za úkol snížit utrpení a bolest, a je úvodem do systému komplexní terapie. Je ale také nezbytné respektovat emocionální podmínky individua, poskytnout mu prostor k sebevyjádření, psychoterapii. Navázat na to, co i v nemoci zůstalo zdravé, redukovat omezení, stavět na možnostech, pracovat se sociálním okolím, zejména s rodinou. Rozvíjet metody socioterapie. V širším společenském kontextu je potřebné poskytovat nemocnému příležitosti pro jeho pracovní uplatnění, samostatné bydlení, naplnění volného času, podporu svépomoci. Cílem není pouhá autonomie lidí s psychózou, která, je-li pojmána jako jediná hodnota, může vést k přehlížení skutečných potřeb, ale spíše subjektivní spokojenost, objektivní fungování v sociálních rolích a dostupnost materiálních zdrojů. Tedy kvalita života.

Pomoc jedincům s psychózou proto v posledních deseti letech poskytují příslušníci mnoha profesí. Psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, ergoterapeuti. Týmová práce je při léčbě schizofrenie naprosto nezbytná, stejně jako je nezbytné multidisciplinární řešení celého problému.<sup>92</sup>

## **2.4 Sociální práce s lidmi s psychotickou poruchou**

Podle § 32 zákona č. 108/2006 Sb., sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Zdravotně postiženým občanům je poskytována například: pečovatelská služba, tísňová

<sup>92</sup>HORÁKOVÁ, Jana. *Intermediární péče o psychoticky nemocné v České republice*. Praha, 2006. Rigorózní práce. Univerzita Karlova. (s. 33-35).

péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a služby osobní asistence.

Cílem poskytovaných služeb je zejména setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu. Cílovou skupinou jsou lidé se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou v různých oblastech sníženy (např. péče o domácnost, kontakt se společností nebo s rodinou, osobní péče, atd.). Služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí uživatele, kde například běžně pracuje, žije nebo se vzdělává. Zkušenosti s nasazením většího množství osobních asistentů, ukazují, že tento způsob skutečně umožňuje žít i lidem s těžkým zdravotním postižením v jejich domácím prostředí a výsledné náklady jsou menší než náklady na jakoukoliv formu ústavní péče.<sup>93</sup>

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý obsah i různé cíle – od obnovení stavu psychické rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení psychických poruch. Ačkoli průběh duševních onemocnění může být významně ovlivněn sociálními faktory a jedinci se závažnou psychickou poruchou potřebují nejvíce odborné i jiné pomoci, bývají „neatraktivní“ terapeuticky a jsou objekty stigmatizace, jež se týká nejen této cílové skupiny, ale i profesionálů, kteří s nimi pracují. Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka s duševním onemocněním primární.

Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva a pomoc s problémy v těchto oblastech, rodinnou intervenci, atp.) či specifické intervence (poradenství, rodinná psychoterapie). Komplexní zdravotně sociální péči potřebují zejména ti lidé, jejichž fungování je kvůli psychické poruše omezeno ve více oblastech po delší dobu, tedy lidé dlouhodobě duševně nemocní. Komplexnost jejich potřeb vyžaduje, aby kvalitní zdravotní a sociální služby poskytovali profesionálně zdatní jednotlivci za spolupráce jednotlivých složek péče na různých úrovních (tým, zařízení, region, stát).

Východiska současné péče o duševní zdraví je možné shrnout následovně: Politika péče o duševní zdraví je deklarovaný, do legislativy se promítající názor na postavení duševně nemocných a praktické vyjádření vztahu, který k nim společnost zaujímá – jak zachází s jejich

---

<sup>93</sup>MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. (s. 95-96).

problémy a jak případně reaguje na jejich rušivé chování. V politice se odrážejí představy o podstatě takového rušivého chování, odráží se v ní celkové postavení jednotlivce ve společnosti, pojetí hodnoty člověka jako individua, včetně morálních a etických norem doby.<sup>94</sup>

## 2.5 Péče o duševní zdraví v Liberci, komunitní plánování

Komunitní plánování je metoda, kterou lze otevřeně a veřejně plánovat sociální služby dle zákona o sociálních službách a činnosti související a doplňující sociální služby (dále jen „sociální služby“) ve vymezeném regionu tak, aby odpovídaly potřebám občanů. Je to otevřený, cyklický proces zjišťování potřeb, zdrojů, plánování, realizace a vyhodnocení efektivity dílčích kroků za účelem zajištění dostupnosti sociálních služeb.

Komunitní plánování sociálních služeb (dále jen KPSS) probíhá na území města Liberec, tj. v katastru Města Liberec (dále jen „region Liberec“).

Účastníky procesu KPSS regionu Liberec se mohou stát všichni, kdo se dobrovolně hlásí k principům KPSS a aktivně se podílí na jeho realizaci. Jsou to zástupci uživatelů, poskytovatelů, zadavatelů sociálních služeb a veřejnosti.

**Cílem komunitního plánování je vytvořit fungující kvalitní a efektivní systém sociálních služeb regionu Liberec, které budou dostupné uživatelům, systém, který bude pružně reagovat na změny potřeb uživatelů, umožnit občanům podílet se na rozvoji sociálních služeb regionu Liberec, zajistit efektivní plánování sociálních služeb s využitím dostupných zdrojů a vytvořit podmínky pro transparentní financování poskytovatelů sociálních služeb s cílem co nejlépe využívat dostupné zdroje.**

Popisem postupů vedoucích k naplnění tohoto cíle je Komunitní plán sociálních služeb regionu Liberec na období 2008 – 2013.<sup>95</sup>

### 2.5.1 *Krajská nemocnice Liberec, a. s. psychiatrické oddělení pro dospělé*

Oddělení psychiatrie pro dospělé KNL disponuje 51 lůžky na 2 koedukovaných stanicích. Dospělým nemocným duševními poruchami je zde poskytována komplexní neodkladná i plánovaná diagnostická a léčebná péče v plném rozsahu oboru psychiatrie. Na uzavřené

<sup>94</sup>MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. (s. 133-134).

<sup>95</sup>Statutární město Liberec. *Komunitní plánování. Základní listina*. [online]. 2010. [cit.: 2011-01-24]. Dostupné z: <http://www.liberec.cz/wps/portal/statutarni-mesto-liberec/prakticke-informace/komunitni-planovani/zakladni-listina>



příjmové stanici „A“ (29 lůžek) jsou hospitalizováni nemocní s akutní fází nemoci, diagnosticky převážně z oblasti organicky podmíněných duševních poruch, psychotických poruch, poruch nálady nebo poruch adaptace na stres.

Režimový léčebný přístup je zde kombinován s biologickými formami léčby, především léčbou psychofarmaky, dále individuální podpůrnou psychoterapií a skupinovými léčebnými aktivitami (psychoedukace, relaxační techniky, pracovní terapie, arteterapie).

Na uzavřenou stanici jsou přijímáni i nemocní s akutními stavy způsobenými užitím alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek a osoby se závislostmi k plánovaným detoxifikačním pobytům před nástupem k ústavní odvykací léčbě.

Na otevřené stanici v části „R“ (12 lůžek) probíhají léčebné pobyty pro nemocné úzkostnými a fobickými poruchami ve specializovaném šestitýdenním psychoterapeutickém programu. Část „AT“ (10 lůžek) otevřené stanice poskytuje léčebnou péči nemocným závislým na alkoholu formou střednědobé ústavní odvykací léčby (12 týdnů).

Ambulantní složku oddělení tvoří všeobecná pohotovostní a příjmová ambulance s nepřetržitým provozem, která neprovádí a nenahrazuje běžnou ambulantní péči, a sexuologická ambulance.<sup>96</sup>

### **2.5.2 Linka důvěry**

**Posláním Linky důvěry Liberec** je poskytovat Telefonickou krizovou pomoc (dle zák. 108/2006 Sb.) na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví či života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou dočasně nemohou řešit vlastními silami.

**Cílovou skupinou Linky důvěry Liberec** jsou uživatelé, kteří se ocitli v krizi nebo v situaci, kterou prožívají jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující se sníženou schopností vlastními silami nebo z vlastních zdrojů zvládnout v potřebném čase. Uživatelé, kteří chtějí zůstat v anonymitě nebo potřebují okamžitou a nepřetržitou dostupnost služby.<sup>97</sup>

### **2.5.3 Občanské sdružení FOKUS Liberec**

Občanské sdružení FOKUS Liberec vzniklo v roce 1993 v Liberci. Za sebou má mnoho let úspěšného fungování v komunitním službách, při poskytování psychosociální rehabilitace lidem s duševní poruchou (nejčastěji schizofrenií, nebo jiným typem psychózy). **Cílovou**

<sup>96</sup>Krajská nemocnice Liberec, a. s. *Psychiatrické oddělení pro dospělé*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-24]. Dostupné z: [http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1\\_33\\_19](http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_19)

<sup>97</sup>Linka důvěry Liberec. *Poslání a cílová skupina*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-24]. Dostupné z: <http://www.linka-duvery.cz/>

**skupinu** tedy tvoří dlouhodobě duševně nemocní spoluobčané, kteří se chtějí zařadit do rehabilitačních programů a jsou ochotni respektovat pravidla jednotlivých služeb. Konkrétně jsou klienty lidé z Libereckého kraje starší 16 let. Služeb mohou využívat i příbuzní a blízcí duševně nemocných.

**Posláním FOKUSU Liberec** je podpora duševně nemocných lidí v samostatném rozhodování, jednání, řešení své sociální pracovní, zdravotní situace. Za tímto účelem FOKUS Liberec zřizuje sociální služby chráněného a podporovaného bydlení, pracovní rehabilitace, terénní programy a nabízí pracovní příležitosti na chráněných pracovištích. Z tohoto poslání je odvozen i základní cíl služeb: podpořit duševně nemocného člověka v takové situaci, které mu brání běžným způsobem využívat společenské zdroje a možnosti (jako je například práce, vzdělání, zdravotnické služby, rodinné a sociální vztahy apod). Konečným cílem je posílit člověka natolik, aby přestal služby potřebovat a využívat, nebo aby je potřeboval pouze v nezbytně nutném rozsahu.

Jednotlivé služby (chráněné bydlení, sociálně terapeutická dílna - pracovní rehabilitace, sociálně aktivizační služby pro seniory a lidi se zdravotním postižením - terénní programy) mají vlastní cíle a konkrétní vymezení cílové skupiny.

Východiskem práce sdružení je přesvědčení, že uživatel služeb je rovnoprávným partnerem, který může svůj život i léčbu řídit a ovlivňovat. Z tohoto východiska sdružení odvozuje a při své práci uplatňuje tyto principy poskytovaných služeb:

- (a) Podporu samostatnosti a vyrovnaní příležitostí (v oblasti práce, společenských vztahů, trávení volného času).
- (b) Individuální přístup respektující potřeby a přání klienta.
- (c) Spolupráci s širším okolím klienta - zejména jeho rodinou.
- (d) Poskytování co největšího množství informací - o poskytovaných službách, o službách jiných poskytovatelů, možnostech různých institucí, agentur, apod.
- (e) Respektování a obhajoba práv duševně nemocných.
- (f) Komplexnost péče, komunitní přístup.
- (g) Respektování uživatelů služeb jako rovnoprávných partnerů.
- (h) Respektování práv klientů na ochranu osobních údajů a důvěrnost informací.

Při vytváření jednotlivých sociálních služeb, pravidel, metodických postupů, předpisů sdružení vychází ze standardů sociálních služeb, zkušeností, připomínek, podnětů, stížností uživatelů služeb Fokusu Liberec, zkušeností, připomínek, podnětů, stížností jednotlivých pracovníků Fokusu Liberec, podnětů, připomínek jednotlivých poskytovatelů služeb -

komunitní práce, komunitního plánování, podnětů, připomínek svépomocných i jiných skupin sdružujících duševně nemocné, platných zákonných ustanovení (pravidel a smluv) pro poskytování grantů (darů).

První kontakt s Fokusem je vždy vázán na rozhovor, který se uskutečňuje ve čtyřech setkáních. Tato setkání je označován pracovním názvem **prvokontakt**. Setkání se uskutečňují vždy jednou za týden, trvají přibližně jednu hodinu. Úkolem setkání je vytvořit pro zájemce první vazbu na jednu známou osobu, která mu pomůže při orientaci v novém, prozatím neznámém prostředí. Součástí prvokontaktu je i rozhovor na téma potřeb - tedy co zájemce o službu od Fokusu očekává, co potřebuje, jak mu může Fokus pomoci s individuálním plánem. Dále seznámení zájemce s nabídkou služeb, které jsou Fokusem poskytovány, způsobem a podmínkami uzavírání dohody o poskytování služby. Prvokontakt může být proveden i v bytě zájemce o službu.<sup>98</sup>

**Individuální plánování** je proces, jehož výstupem je rehabilitační individuální plán, dohoda mezi uživatelem a jeho klíčovým pracovníkem o spolupráci na dosažení individuálních zakázek (cílů) kterých chce klient dosáhnout a o tom, jak budou jednotlivé cíle realizovat. Cílem individuálních plánů je udržení dosažených pozitivních změn, a plánování uspokojení dalších potřeb. FOKUS má velmi metodicky zpracován proces psychosociální rehabilitace, ve kterém jsou představeny jednak cíle, pět pilířů procesu (motivace, status, dovednosti, sociální a materiální zdroje), ale i fáze a chyby možné při jednotlivých fázích rehabilitačního procesu (navázání kontaktu, mapování potřeb, stanovování cíle, plánování, realizace plánu a hodnocení).

### ***2.5.3.1 nabídka služeb a aktivit FOKUSU Liberec***

#### **Sociální služby Fokusu**

##### **Pro oblast bydlení:**

- Chráněné bydlení (fotografická dokumentace – příloha č. 2)
- Podpora samostatného bydlení

##### **Pro oblast pracovní rehabilitace:**

- Rehabilitační terapeutická dílna v Liberci se zaměřením na keramiku a rukodělné činnosti
- Rehabilitační terapeutická dílna v Jablonci nad Nisou se zaměřením na přípravu pokrmů a obsluhu kavárny

<sup>98</sup>Občanské sdružení FOKUS Liberec. *O nás*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-10]. Dostupné z: [http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index\\_nabidka\\_sluzeb.htm](http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index_nabidka_sluzeb.htm)

- Odborné sociální poradenství
- Podpora na chráněných pracovních místech Fokusu

#### **Doplňkové služby a aktivity v Liberci**

- Myklub Liberec

#### **Zaměstnávání lidí s duševní nemocí**

- Údržba a práce se dřevem, zahradnické práce
- Úklid a recepce v Liberci
- Chráněná rukodělná dílna v Liberci
- Recepce a kavárna Na půli cesty Spolkového domu v Jablonci n.N.
- Vedoucí Myklubu v Liberci<sup>99</sup>

Při řešení situace uživatelů vychází FOKUS Liberec z předpokladu, že jednotlivé problémy spolu souvisí a není možné je řešit odděleně. FOKUS Liberec nenahrazuje činnost zdravotnických, veřejných nebo jiných sociálních služeb, ale spolupracuje s nimi. V kontaktu je zejména se zdravotnickými službami: ambulantními psychiatry, psychiatrickým oddělením KNL a psychiatrickými léčebnami Kosmonosy a Horní Beřkovic. Komunitní práce má za cíl vysvětlovat veřejnosti problematiku duševního zdraví a snižovat stigmatizaci duševně nemocných.

#### **2.5.4 Financování sociálních služeb**

Zásadní změnu v této oblasti přinesl zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách – cílem bylo zejména:

- (a) Zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a reverzibilní přechod od „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“.
- (b) Sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich akreditace, zajistit jejich postavení a stabilní financování.
- (c) Zabezpečit spoluúčast občana (klienta) při řešení jeho sociální situace.
- (d) Zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce.
- (e) Nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče.

<sup>99</sup>Občanské sdružení FOKUS Liberec. *Nabídka služeb a aktivit*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-10]. Dostupné z: [http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index\\_nabidka\\_sluzeb.htm](http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index_nabidka_sluzeb.htm)

(f) Reagovat na evropské trendy.

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Základními finančními zdroji jsou příspěvek na péči, úhrada uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace z veřejných rozpočtů a různé další zdroje (např. dary, sponzorství, vedlejší hospodářská činnost apod.). V oblasti financování sociálních služeb zákon posiluje finanční soběstačnost uživatelů sociálních služeb tím, že zavádí příspěvek na péči, a zároveň se prostřednictvím dotačních titulů, směřovaných jak k zadavatelům (obce a kraje), tak k poskytovatelům sociálních služeb, podílí na zajištění potřebné sítě sociálních služeb. Současně navržený model financování sociálních služeb předpokládá dofinancování celkových nákladů poskytované služby z veřejných rozpočtů (tj. státního rozpočtu a rozpočtů obcí a krajů). Veřejným rozpočtům se tak umožní flexibilnější financování potřebné sítě sociálních služeb než doposud. Rozhodnutí o charakteru a rozsahu místní či regionální sítě sociálních služeb bude vycházet ze zpracovaných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb.<sup>100</sup>

#### **2.5.4.1 Příspěvek na péči**

Příspěvek na péči je opakující se peněžitá dávka na pokrytí nákladů na potřebnou péči, která nahradila příspěvek na péči o osobu blízkou a příspěvek pro bezmocnost. Umožňuje to, aby si jedinec sám zvolil způsob zabezpečení svých potřeb a zaplatil ho poskytovateli služby, kterého si sám vybere.<sup>101</sup> Tuto dávku upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Na tento příspěvek má nárok jedinec, který je kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu závislý na pomoci jiné osoby. Příspěvek mu poslouží k jejímu zajištění. Výše příspěvku je odvislá od žadatelova věku (vyšší do osmnácti let, v prvním roce života na něj nárok není) a míry jeho závislosti na pomoci jiné osoby (minimální, lehká, středně těžká, těžká).

#### **Výše příspěvku na péči (Kč měsíčně)**

<b>věk pobírajícího</b>	<b>I. stupeň</b>	<b>II. stupeň</b>	<b>III. stupeň</b>	<b>IV. stupeň</b>
	<b>lehká</b>	<b>středně těžká</b>	<b>těžká</b>	<b>úplná</b>
1-18 let	3.000	5.000	9.000	12.000
od 18 let	800	1.4.2000	8.000	11.000

<sup>100</sup>KREBS, Vojtěch, a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1. (s. 275-276).

<sup>101</sup>KREBS, Vojtěch, a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1. (s. 276).

Při posuzování soběstačnosti (resp. závislosti na péči jiné osoby) se hodnotí úkony péče o domácnost (obstarávání potravin a běžných předmětů, mytí nádobí, úklid, péče o prádlo, péče o lůžko, obsluha domácích spotřebičů a manipulace s kohouty a vypínači) a základní sociální aktivity (schopnost komunikace, vyřizování osobních věcí a nakládání s penězi, účast na volnočasových a pracovních aktivitách a vzdělávání).

O udělení příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, případné odvolání vyřizuje krajský úřad. Řízení o udělení příspěvku se skládá ze dvou částí – posouzení zdravotního stavu žadatele a sociálního šetření. Sociální šetření, jímž se zjišťuje žadatelova schopnost samostatného života v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu, soběstačnosti a životních a sociálních podmínek, provádí sociální pracovník obecního úřadu. Výsledek sociálního šetření odešle obecní úřad obce s rozšířenou působností úřadu práce, který prozkoumá zdravotní stav žadatele a určí stupeň jeho závislosti na péči jiné osoby. Příjemce příspěvku na péči jej musí využít na zajištění potřebné pomoci.<sup>102</sup>

Financování sociálních služeb je značně problematické. Jak je již uvedeno výše, financování je vícezdrojové, z části veřejným rozpočtem, z části úhradou uživatelů služeb. Pracuji v neziskové organizaci, která jako jediná v Libereckém kraji poskytuje služby chráněného a podporovaného bydlení lidem s psychickou poruchou. Podle zákona o sociálních službách se poskytují sociální služby osobám bez úhrady nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradami od uživatelů jsou myšleny úhrady od osob, kterým je poskytovaná sociální služba podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V praxi se setkáváme s tím, že dotazník, podle kterého sociální pracovníci u žadatele posuzují adekvátnost a potřebnost, nebere v potaz zdravotní stav a s tím spojené problémy jedince se schizofrenií. Pro uživatele je tak často problematické příspěvek na péči získat.

Dalším problémem je snížení I. stupně příspěvku na péči od 1.1.2011 ze 2.000 Kč na 800 Kč, snížení této částky bylo odůvodněno zneužíváním příspěvku na péči zejména v prvním stupni. Bohužel namísto toho, aby se zavedl kontrolní systém čerpání služeb, došlo k plošnému snížení i uživatelům, kterým původně přiznaná částka na pokrytí odebraných služeb ani nestačila.

---

<sup>102</sup>Portál veřejné správy ČR. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online]. 2011. [cit.: 2011-03-18]. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=)

### 3 Praktická část

Osoby s psychickou poruchou psychotické hloubky jsou specifickou skupinou osob využívající sociální služby. Problémy této cílové skupiny je nutno řešit ve spolupráci více resortů, především zdravotnického a sociálního. Situace je problematická i v oblastech vzdělávání a zaměstnávání.

Psychóza závažným způsobem ovlivňuje život ve všech jeho oblastech. Negativní dopady jsou zjevné nejen při běžných každodenních činnostech, ale i v rámci rodiny, ať už původní nebo té, kterou nemocný založil či si přeje založit. Takto nemocní jedinci těžko navazují vztahy partnerské i přátelské. Vzhledem k tomu, že schizofrenie je značně invalidizující onemocnění, je mnoho z nich závislých na invalidním důchodu a nízký příjem značně ovlivňuje možnost postarat se o sebe bez závislosti na dalších osobách, případně aktivně trávit volný čas.

#### 3.1 Cíl praktické části bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je charakterizovat jedince, kteří trpí psychickou poruchou psychotické hloubky. Zmapovat a zhodnotit psychosociální potřeby takto postižených jedinců a míru naplnění těchto potřeb v rámci psychosociálních služeb nabízených občanským sdružením FOKUS Liberec.

##### 3.1.1 Předpoklady stanovené k realizaci cílů

V bakalářské práci jsou voleny předpoklady, které blíže osvětlují problematiku osob s psychickou poruchou. Tyto předpoklady jsou rozděleny do několika skupin.

**Předpoklady vztahující se k oblasti farmakologické léčby a spolupráce s psychiatry.**

- „Lze očekávat, že polovina osob s psychickou poruchou psychotické hloubky neužívá farmaka tak, jak je ošetřující lékař ordinuje.“
- „Lze očekávat, že více jak 60 % respondentů pocítuje ke svému psychiatrovi důvěru.“

**Předpoklady vztahující se k naplnění potřeb v oblasti partnerství, uspokojujících rodinných vztahů a přátelství.**

- „Lze očekávat, že 30 % respondentů bude pocítovat nezakotvenost v rodině.“
- „Lze očekávat, že 70 % respondentů nemá partnerský vztah.“

- „Lze očekávat, že 30 % respondentů neudrží přátelské vztahy.“

### **Předpoklady vztahující se k naplněnosti potřeb v oblasti finanční a pracovní**

- „Lze očekávat, že více jak 70 % respondentů má přiznaný invalidní důchod ve III. stupni.“
- „Lze očekávat, že lidé s psychózou, kteří jsou zaměstnaní, mají obavy o svůj invalidní důchod.“
- „Lze očekávat, že 75 % respondentů má problém s úhradou běžných nákladů a v zásadě nemají finanční prostředky na kulturní a vzdělávací akce.“

### **Předpoklady vztahující se k možnostem sociální pomoci osobám s psychickou poruchou psychotické hloubky.**

- „Lze očekávat, že sociální služby občanského sdružení FOKUS Liberec pomáhají (dle samotných uživatelů služeb, ale i zaměstnanců sdružení) zlepšit psychosociální kvalitu života osobám s psychózou.“

## **3.2 Použité metody a jejich popis**

Ke zjištění údajů a ověření předpokladů autorka použila tyto metody: dotazník vlastní konstrukce pro osoby s psychickou poruchou schizofrenního okruhu, kazuistiky, rozhovor, pozorování, analýzy dokumentace a statistická data.

Dokumentace byla zpracována se souhlasem všech zúčastněných a v kazuistikách byla změněna jména a další údaje, které by mohly vést k identifikaci popisovaných osob.

### **3.2.1 Důvody použitých metod**

Dotazník vlastní konstrukce byl použit proto, že s jeho pomocí je možné získat informace od většího množství respondentů. Dalším důvodem, proč byl pro průzkum použit dotazník je to, že styk mezi tazatelem a dotazovaným je písemný, je tudíž vyloučen vliv osobnostních rozdílů tazatele a také působení jeho rozdílných přístupů a forem chování. Je zajištěna větší anonymita situace dotazování, u respondentů odpadají plachost a další sociální zábrany a odpovědi více odpovídají skutečnosti.

Respondent má na své odpovědi více času a může je lépe promýšlet. Ovšem nevýhodou může být nepochopení otázky, a tudíž špatná odpověď.

Průzkum doplňuje několik kazuistik, které dokreslují data získaná dotazníkem.



### 3.2.2 Sestavování dotazníku

Dotazník byl sestaven se snahou maximálně objektivizovat průzkum. První verze dotazníku byla konzultována s ambulantní psychiatrickou MUDr. Kateřinou Taušovou, dále s ředitelkou občanského sdružení FOKUS Liberec PhDr. Janou Horákovou.

Cílem konzultací s těmito odborníky bylo zjistit, zda:

- Je dotazník srozumitelný pro cílovou skupinu, pro kterou je určen.
- Je možné, aby respondenti dotazník vyplňovali samostatně.
- Jsou-li odpovědi na položené otázky schopné přinést objektivní data.

Na základě konzultací byla z předloženého dotazníku vyňata otázka na kvalitu vztahů s dětmi, podle PhDr. Horákové by výsledky zkreslila snaha o lepší vyznění rodinné situace nebo stud, v případech, kdy si rodič nechce připustit, že jeho potomci se k němu nechovají dobře.

Dále byla přidána poslední otevřená otázka (položka č. 27) na to, co dotazované v životě těší, co jejich životu dává smysl.

Dotazník byl shledán srozumitelným, jeho vyplnění by respondentům nemělo činit potíže. V individuálních případech patrně bude nutné, aby s vyplněním pomohl pracovník sdružení. V další fázi byl dotazník předložen několika uživatelům služby podpora samostatného bydlení s cílem zjistit, zda jsou položené otázky srozumitelné a zda některé z nich nejsou příliš citlivé. Dotazník je přílohou č. 3 této bakalářské práce.

Dotazník byl rozdán celkem čtyřiceti osobám, dvaceti ženám a dvaceti mužům. Odevzdáno zpět bylo třicet sedm dotazníků, celkem tedy 92,5 %.

Po vyhodnocení dat a jejich převedení na procentuální výše, byly výsledky předány sedmi zaměstnancům občanského sdružení FOKUS Liberec k vyjádření míry realitní vazby ke zjištěným hodnotám. Ti na základě svých zkušeností a s ohledem na náplň své práce s uživateli zhodnotili, do jaké míry se odpovědi respondentů shodují s tím, co pracovníci vnímají při práci s takto nemocnými osobami.

U několika položek tak došlo k rozdílu mezi tím, jak skutečnost vnímají pracovníci sociálních služeb a respondenti.

### 3.2.3 Popis zkoumaného vzorku

Autorka se ve své práci zabývá psychosociální kvalitou osob s psychickou poruchou psychotické hloubky. Dotazované osoby jsou lidé starší 16-ti let, trpící závažnou psychickou

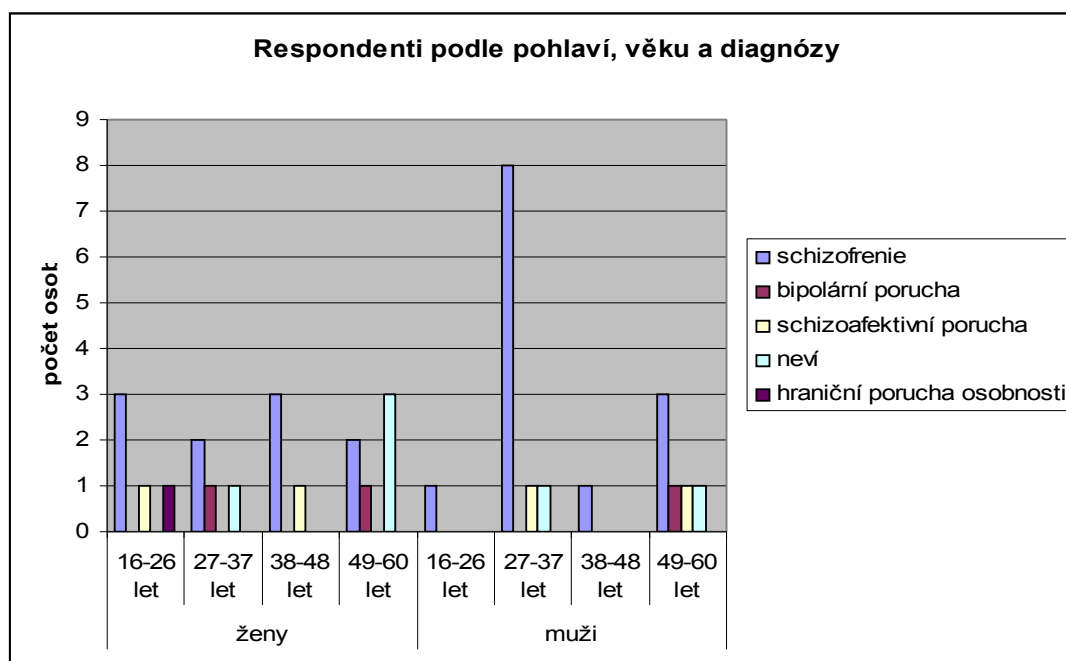
poruchou, nejčastěji schizofrenií. Jedná se o současné (případně bývalé) uživatele sociálních služeb občanského sdružení FOKUS Liberec. Tito lidé trpí chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchami emotivity a osobnostní integrity.

Podrobnější přehled o respondentech je uveden v následujících tabulkách č. 1 a 2, a grafech č. 1 a 2.

### Respondenti – pohlaví, věk a diagnóza

zvolené odpovědi	ženy				muži			
věková skupina	16-26 let	27-37 let	38-48 let	49-60 let	16-26 let	27-37 let	38-48 let	49-60 let
schizofrenie	3	2	3	2	1	8	1	3
bipolární porucha		1		1				1
schizoafektivní porucha	1		1			1		1
neví		1		3		1		1
hraniční porucha osobnosti	1							

Tabulka 1: Pohlaví věk a diagnóza respondentů



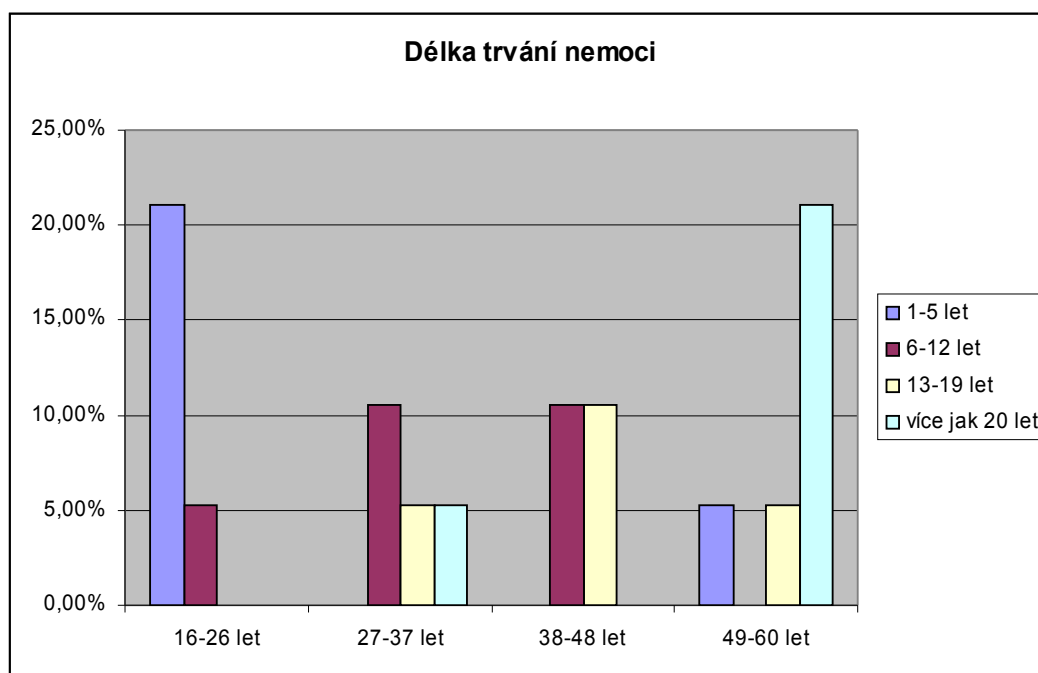
Graf č. 1

Údaje získané odpověďmi na položky č. 1., 2. (pohlaví a věk) lze považovat za odpovídající skutečnosti. U odpovědí na položku č. 3, tedy na diagnózu, se kterou se dotázaný léčí, lze očekávat mírné zkreslení hodnot, právě z důvodu, že šest dotázaných uvedlo, že svou diagnózu nezná. Neznalost diagnózy lze vysvětlit zúženým vnímáním nemocného jedince, jeho uzavřením se do sebe a i pocitem z toho, že „je mi jedno, jak se to jmenuje, hlavní na tom je to, že mi to zničilo život.“

### Respondenti – délka trvání nemoci

délka trvání nemoci	16-26 let	27-37 let	38-48 let	49-60 let
1-5 let	21,05%			5,26%
6-12 let	5,26%	10,53%	10,53%	
13-19 let		5,26%	10,53%	5,26%
více jak 20 let		5,26%		21,05%

Tabulka 2: Délka trvání nemoci



Graf č. 2

Údaje získané z položky č. 4 na dobu trvání nemoci mohou být částečně zkreslené právě vnímáním nemocného. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, jedinec si zpočátku změny svého psychického stavu, svého jednání a prožívání neuvědomuje.

Uvedené délky trvání nemoci tedy patrně korespondují s prvními návštěvami psychiatra či prvními hospitalizacemi dotazovaných.

### 3.3 Získaná data a jejich interpretace

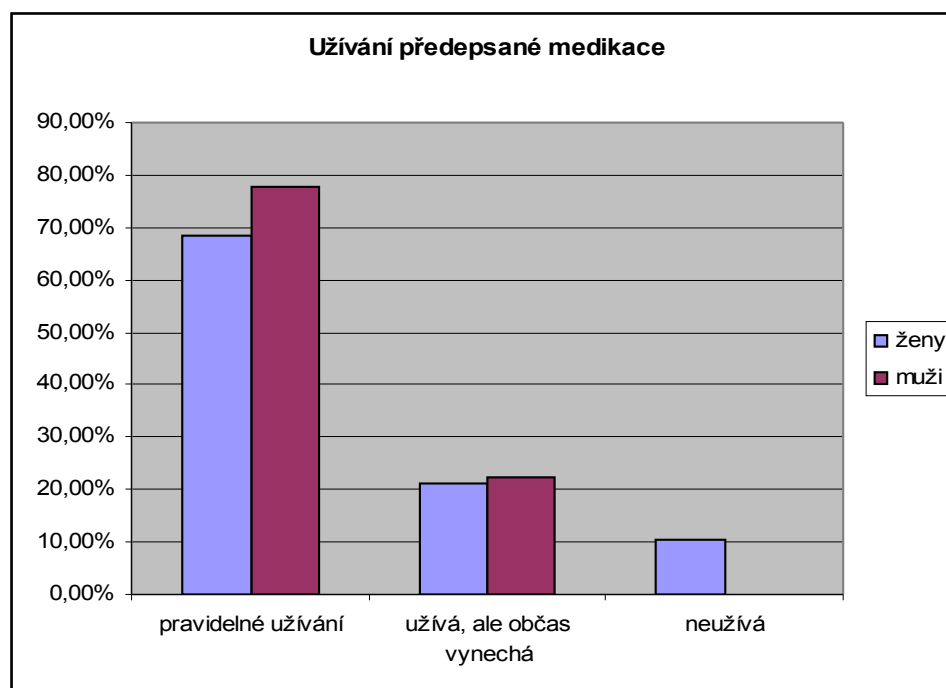
#### 3.3.1 Předpoklady vztahující se k oblasti farmakologické léčby a spolupráce s psychiatry.

***„Polovina osob s psychickou poruchou psychotické hloubky neužívá farmaka, tak jak je ošetřující lékař ordinuje.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 5. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 3, dále v grafu č. 3.

zvolená odpověď	ženy	muži
pravidelné užívání	68,42%	77,77%
užívá, ale občas vynechá	21,05%	22,22%
neužívá	10,52%	

Tabulka 3: Užívání medikace



Graf č. 3

Podle odpovědí na otázku celkem více jak 70 % osob uvedlo, že medikaci užívá pravidelně, pouze dvě ženy připustily, že léky neužívají.

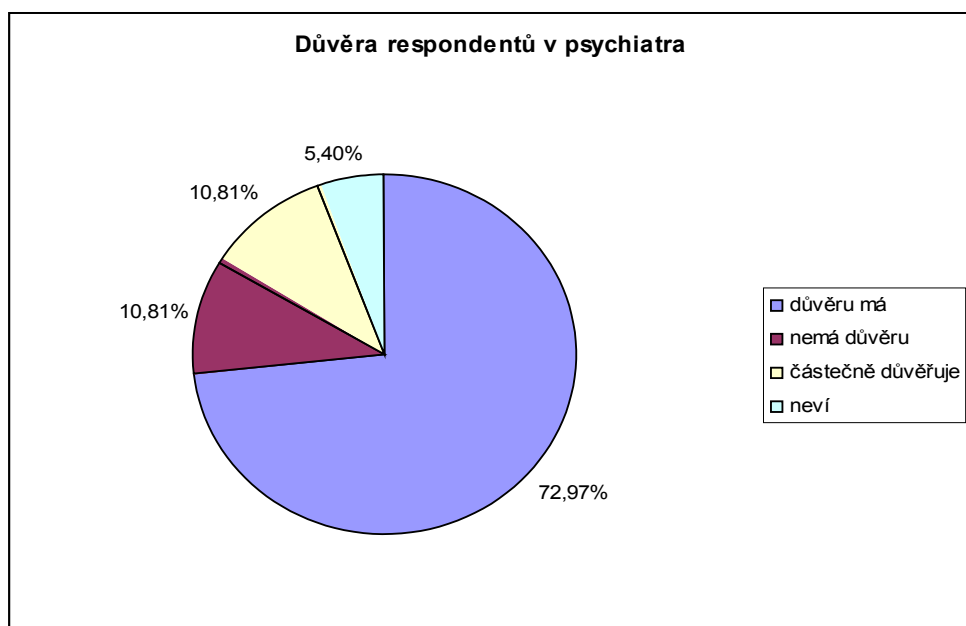
V tomto bodě došlo k velkému rozporu mezi výpovědí respondentů a názorem pracovníků o. s. FOKUS Liberec. Pracovníci ze své praxe uvádějí, že nepravidelné užívání medikace je jednou z hlavních příčin, proč dochází k dekompenzacím stavu klientů, jejich selhávání v běžném životě a fungování ve službách. Odborníci vnímají hodnoty, které se v rámci průzkumu zjistili, za značně nadsazené ve prospěch pravidelného užívání medikace, a tudíž za neodpovídající skutečnosti. Na základě sebeposouzení se předpoklad nepotvrdil, ale na základě hodnocení pracovníky sdružení se procentuální výše (cca. 70 %) ve prospěch pravidelného užívání medikace, nepotvrdila.

***„Lze očekávat, že více jak 60 % respondentů pocítuje ke svému psychiatrovi důvěru.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 6. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 4, dále v grafu č. 4.

<b>zvolená odpověď</b>	<b>ženy i muži</b>
důvěru má	72,97%
nemá důvěru	10,81%
částečně důvěřuje	10,81%
neví	5,40%

*Tabulka 4: Důvěra k psychiatrovi*



*Graf č. 4*

Výsledné hodnoty ukazují, že v 72,97 % mají respondenti důvěru ke svému ambulantnímu psychiatrovi a věří, že jim lékař pomáhá, dva respondenti uvedli, že důvěru pocítují částečně, dva psychiatrovi nevěří a jeden dotázaný uvedl, že neví, zda důvěřuje nebo nikoliv. Získaná data považují pracovníci o. s. FOKUS Liberec za odpovídající realitě. Předpoklad se potvrdil.

Důvodem, proč část osob s psychózou neužívá pravidelně psychofarmaka předepsaná ošetřujícím lékařem, může být i to, že vlastní vnímání stavů, které tito jedinci prožívají, je odlišné od všeobecného pojetí psychického onemocnění. Nedůvěra v ošetřujícího lékaře pak může mít stejnou příčinu. Nemocný člověk si často nepřipadá nemocný, vnitřní hlasy raději považuje za hlasy Bohů a dalších vznešených bytostí, atp. Někteří naši uživatelé chápou pravidelné kontroly u lékaře jako nutné zlo, často mají pocit, že „*psychiatři jsou ti blázni, co to v hlavě nemají v pořádku, ...*“

Částečnou ilustraci vnímání vlastního psychotického onemocnění může přinést úvaha jednoho z uživatelů a současně zaměstnanců o. s. FOKUS Liberec.

### **„Duševní nemoc nebo bezmoc?“**

*Co se v úvodech úvah píše, na to jsem po dvanácti letech mimo školu zapomněl. Takže prosím o prominutí, můj úvod bude jen o jednom, duševně nemocní existují, ale psychiatrie*

*tápá, kdo vlastně duševně zdravý je a pokud jen jeden takový existuje, tak kdo dokáže posoudit, kdo to je. Na psychiatrii proto zapomeňte, mají nemoc z povolání.*

*A teď chci ukázat sám na svých myšlenkách, jak duševní porucha prostupuje mým životem. Mám diagnózu schizofrenik, což je škatulka, na kterou jsem si už zvyknul a nikomu mě podobným bych neradil nepodstoupit léčbu, škoda, že nasazení antipsychotik, problém napadne jen zvenku, uvnitř zůstává.*

*Každý schizofrenik je svým způsobem originál, takže budu mluvit jen o sobě. Ale kdo jsem já? Už dávno nevnímám sám sebe jako jen „já“. Vlastně mi nepřipadá divné, že já nejsem jen já, svět mě od malička ovlivňuje různými směry, některé se navzájem vylučují a přesto nevylučují, pokud vezmeme v potaz logiku kruhu.*

*Podobnými znaky schizofrenie jsou i halucinace, respektive pseudohalucinace, co si neuvědomuji pro mě vlastně neexistuje. Je pro mě dost těžko chápatelné, že vlastně pseudohalucinaci bych mohl vnímat jako jen zvyk být neslyšící vůči světu, který jsem si do určité chvíle neuvědomoval. Slyšet hlasy v prázdné místnosti? No a proč ne, kdybych věřil v telepatii, nepřipadalo by mi divné, že slyším nebo vidím někoho nehmatatelného.*

*Slyšet hlasy, pokud Vám nebrnkají na temnou strunu, s tím se dá úspěšně fungovat, neboť vnímáte něco navíc a pokud se moc neprojevíte, tak přijdete svému okolí jen trochu uzavřený. Pokud ovšem věříte, že lidi vám do hlavy nevidí.*

*Většina z vás viděla film Matrix, zmiňuji ho jen proto, že sice Američani oprášili jen starou myšlenku a dosadili příběh o strojích a lidech, ale aspoň si pár procent obyvatel uvědomilo, že vše, co vnímám je vlastně jen děj v mysli. A pokud jsou ty děje dva, nemusí to nutně člověka dohnat k šílenství. Přesto je snesitelnější vnímat jen jednu linii.*

*Tolik k halucinacím, stručně shrnuto, co vidím a slyším, se stalo mým vědomím, ať už vnímám zdroj jako nahmatatelný nebo nikoliv.*

*Dalšími znaky schizofrenie mohou být bludy. V atace jsem měl mikromanii, kterou vystřídala megalomanie. Na tomto příkladu lze jednoduše vysvětlit, že mě tato nemoc něčemu naučila, ačkoliv jsem se nikoho neprosil. Vzhledem k mé původní tezi, jak jsem bezvýznamný a nicotný, jsem se dostal do duševního stavu člověka, kterému naopak připadá vše malé oproti vlastnímu já, tudíž jsem tak velký a mocný a je úplně jedno, že to neodpovídalo realitě. Po nasazení antipsychotik jsem nakonec dospěl k určité syntézi a vymanol jsem se z extrému.*

*Dodnes se mi stává, že mám pocit, že se lidé baví o mně, nejspíš jde o jakýsi strach, že*

*se na mě ví i to, co já sám o sobě nevím nebo jsem si některé věci zamítnul přiznat, je to otázka, do čeho se nechám uvrtnat a do čeho už nikoliv. Znáám schizofrenika, kterému hlasy radí, aby spáchal sebevraždu. Jistě uznáte, že nechce takovým radám podlehnout. Mně sice hlasy neradí, abych se zabil, ale byl na mě vytvořen nátlak skrze hlasy ve vnímání vlastní sexuality, ale s těmito hlasy jsem se odmítnul ztotožnit, nasrat! Protože není neobvyklé, že u schizofreniků se hlasy opakují stále dokola, vnímal jsem to jako násilnou sugesci a akce vyvolává reakci. Proto opakují: nasrat, nasrat, nasrat...*

*Konečně bych zmínil religiózní bludy. Nejsem členem žádné církve, ale Bibli jsem si chtěl přečíst a vycházel z předpokladu, že nejde o snůšku nesmyslů. Je to však náročné čtení a skoro všichni vidí, že možných interpretací Bible je více, některé výklady mě zavedly až k zoufalé touze něco na svém životě změnit, ale v realitě moc změn nebylo, život je plný překážek a já jsem svůj stín nepřekročil...*

*Přesto znalost Bible (oproti některým duchovním skromná znalost) mé nahlížení na mou nemoc trochu uvrhla jiným směrem. Od začátku mé poruchy jsem viděl některé duševní pochody a především sluchové pseudohalucinace jako cizí vliv. Vzhledem k obsahu jako velmi temných andělů nebo duchů, jejichž zájmem není jen mé neštěstí, ale totální destrukce všeho dobrého, co ve mně je, popřípadě bylo. Cítil jsem bezmoc, vliv temnoty v atace byl příliš silný a i má znalost Písma mi byla k ničemu, proto jsem se zoufale snažil nepodlehnout síle, která mě převyšovala, jenže neměl jsem o ní valné mínění. Jak se říká, jsou věci mezi nebem a zemí, a k tomu bych dodal: a mezi zemí a peklím.*

*Peklo je slovo, které jsem v Bibli snad ani neviděl, ale věřím, že někteří si ho zaslouží, pokud vůbec něco takového existuje. To už se dotýkáme soudu a soud nechme na těch, kteří jsou oprávněni rozhodovat o osudu člověka. Peklo si děláme sami mezi sebou, a přesto některé až surové chování schvalují, v dnešním světě ostrých loktů by příliš citlivý člověk dlouho neobstál. Jenže poruč jemnému, aby byl tvrdší, že?*

*Filozofování nad Písmem bych uzavřel v duchu, že bych mohl napsat možná až desítky úvah na toto téma, ale na nic nového bych stejně nepřišel. Kdo chce pochopit Bibli, musí se naučit dobře plavat. Kniha knih je jak bazén, v brouzdališti se může cachtat i malé dítě, do hloubky bych se ale bez plavecké přípravy nepouštěl. Mohli byste se utopit. Použiju slovní hříčku, sloveso utopit je podobné podstatnému jménu utopie.*

*Závěrem celé úvahy bych se vrátil k zmíněnému faktu, že jsem svůj stín nepřekročil.*



*Možná se mi v hlavě honí ledacos pěkného, ale můj život pěkný není. Stále si musím připomínat, že realita mého života je prohrávaný boj s více než jednou neřestí. Nejvíc peněz mě stál hazard, což vlastně je hlupáctví na entou. Ale nejde jen o peníze, jde o bezmoc se ze spárů mých nepěkných zálib vymanit a ani bych se nedivil, kdyby někdo řekl, on není nemocný, jen je to slaboch.*

*Tak si to přeberte, nemoc nebo bezmoc?“*

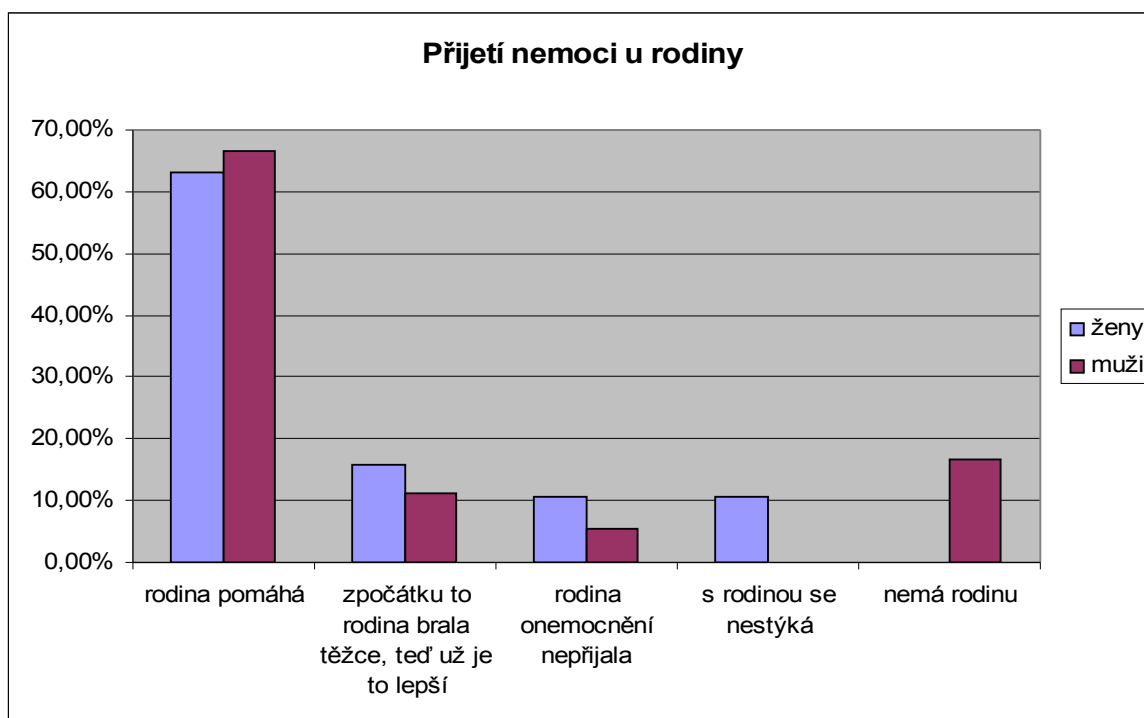
### **3.3.2 Předpoklady vztahující se k naplněnosti potřeb v oblasti partnerství, uspokojujících rodinných vztahů a přátelství.**

***„Lze očekávat, že více jak 25 % respondentů bude pociťovat nezakotvenost v rodině.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 9. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 5, dále v grafu č. 5.

<b>zvolená odpověď</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>
rodina pomáhá	63,15%	66,66%
zpočátku to rodina brala těžce, teď už je to lepší	15,78%	11,11%
rodina onemocnění nepřijala	10,52%	5,55%
s rodinou se nestýká	10,52%	0,00%
nemá rodinu	0,00%	16,66%

*Tabulka 5: Přijetí nemoci a postoj rodiny*



Získané odpovědi ukázaly, že celkem 64,91 % respondentů vnímá rodinu jako pomáhající, 13,45 % uvedlo zlepšení vztahů od počátečního složitého přijetí nemoci, 8,04 % dotázaných uvádí, že rodina onemocnění nepřijala, 5,26 % se s rodinou nestýká a 8,33 % dotázaných uvádí, že rodinu nemá. Předpoklad o pocitu nezakotvenosti v rodině se tímto průzkumem podařilo potvrdit.

To, jak se mohou rodinné vztahy vyvíjet i dokresluje příběh jedné z uživatelék služby, která byla ochotná svůj příběh sepsat a zveřejnit.

*„Má nemoc začala hluboko v dětství a nikdo to netušil. Bála jsem se chodit do školky, vyváděla jsem hrozné scény. Ostatní děti jsem měla za blbečky. Seděla jsem v koutě a celý den brečela. Absolvovala jsem vyšetření, ale máma se za to styděla, více se to neopakovalo. V 10-ti letech mi umřel táta, upil se k smrti. Těžce to nesu i teď, když je mi 35 let. Máma ještě s mým tátou porodila sestru Zdeňku. Našla si přítele Mirka, byl zlý. Stále mi nadával, máma stála při něm. Nikdy v dětství jsem nemohla brečet před mámou, obejmout ji ani jí dát pusu. Ve škole stále přetrvávalo to, že mámu volali, že nejsem s vrstevníky. Dodnes mám stejný pocit – debilci, na učilišti to samé, navíc mě zfanatizovali Adventisti. Poté katolíci.*

*Doma to v té době bylo hrozné. Sestra byla NĚKDO. Až přišlo 18 let, začala jsem svou profesi, prodavačka potravin, ale po třech měsících se objevily zlé stavy: TŘES a POT, wc častější, ZMATENOST, HALUCINACE SLUCHOVÉ, HMATOVÉ.*

*A tak jsem šla na psychiatrii. Doma jsem slyšela „chodiš na pakárnu, jsi blázen!“ od mámy i Mirka.*

*A tak ve 23 letech jsem snědla přes 350 sedativ – ARO na 3 dny. Pak jsem šla do chráněného bydlení v Ústí nad Labem, ale nebyl ten správný čas, nezvládala jsem to.*

*Pak mi máma řekla, že je jí jedno, kde budu, jestli na ulici. Poté mě šoupla do ÚSP mezi mentály a 70-ti leté báby, myslela jsem si, že je to za trest na doživotí. Pak se ale změnila zákony. A já šla do Fokusu Liberec, do chráněného bydlení, kde jsem se ráda snažila i se zapojila do sociálně terapeutické dílny a splnila všechny rehabilitační plány. Hlavně nejvíce mi pomáhá krizový plán, proto jsem se posunula výše a teď jsem v podporovaném bydlení. (pozn.: Uživatelka má na mysli získání dovedností spojených s dodržováním léčebného režimu a obstaráváním finančních prostředků a domácnosti, potřebných pro posun do služby s nižší mírou podpory).*

*S mámou v kontaktu moc nejsem, napsala mi, že pro mě navždy umřela, že nemám rodinu, ať tam nejezdím. A nepíšu. Držím se pouze jejích vět.*

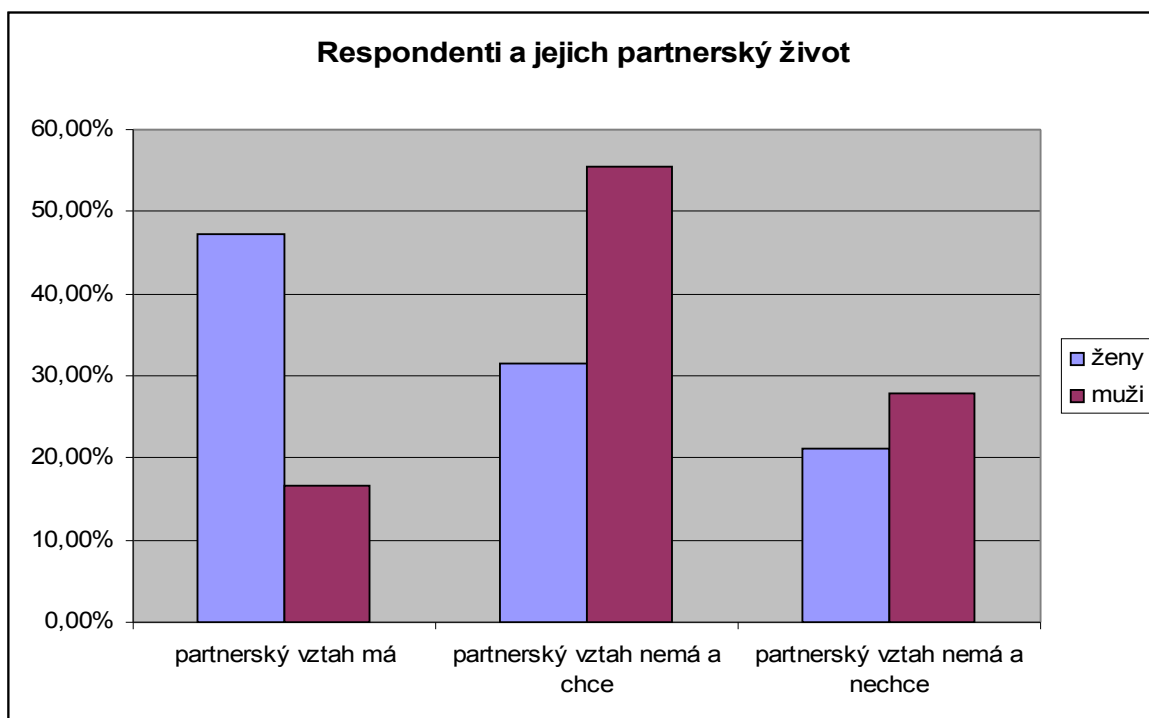
Popis dětství, počátku nemoci a chování rodiny, potažmo matky je pouze subjektivní výpověď této ženy a není možnost jej ověřit, ale podle skutečnosti tak, jak ji v současné době známe, se matka své dcery opravdu zřekla a odmítá veškeré kontakty s ní. Jednou za čas se klientka pokusí svou matku zkontaktovat, výsledkem však zatím vždy bylo jen hrubé odmítnutí.

### ***„Lze očekávat, že 70 % respondentů nemá partnerský vztah.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 11. a 12. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 6, dále v grafu č. 6.

<b>zvolená odpověď</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>
partnerský vztah má	42,10%	16,66%
partnerský vztah nemá a chce	36,83%	55,55%
partnerský vztah nemá a nechce	21,05%	27,77%

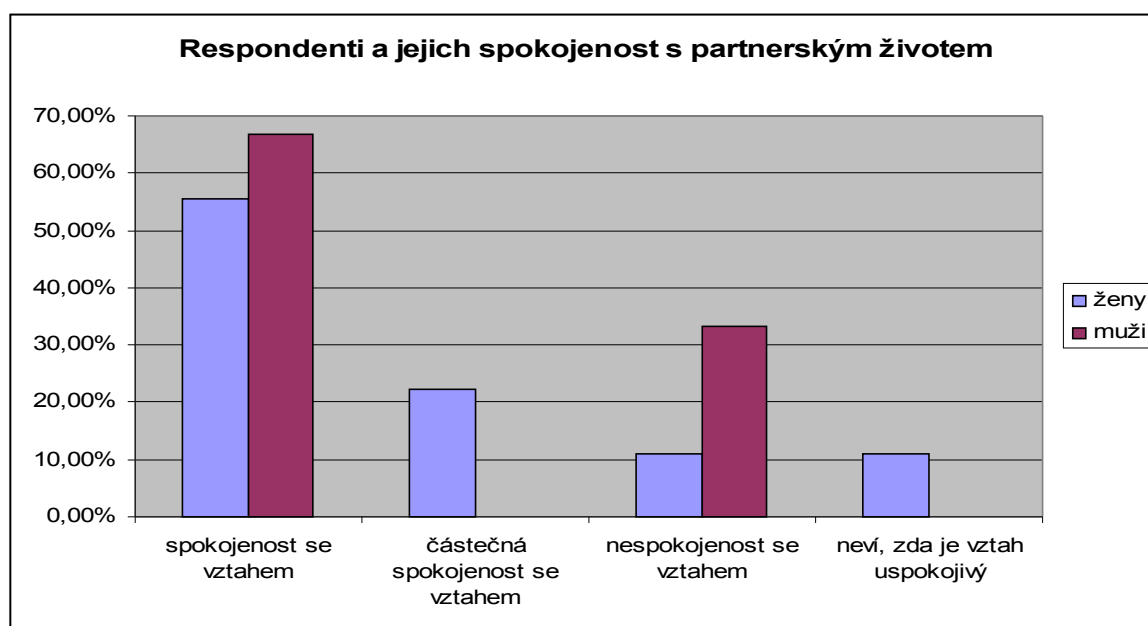
*Tabulka 6: Partnerský život*



*Graf č. 6*

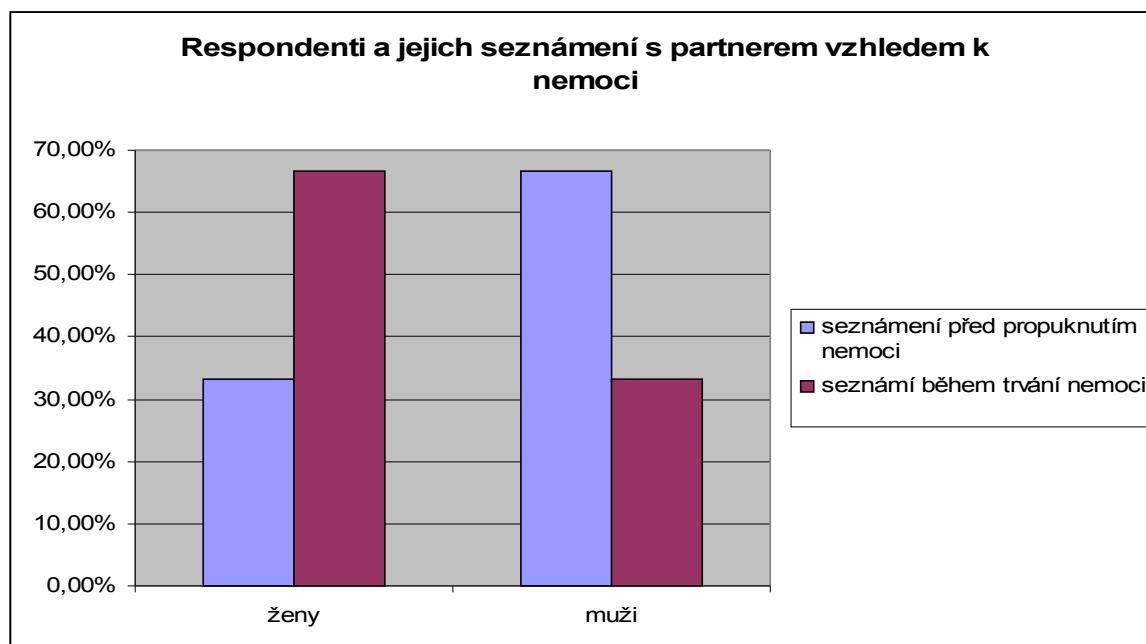
Podle výsledků, které vyplynuly z průzkumu, má partnerský vztah 29,38 % dotázaných, celkem 46,19 % uvádí, že by si partnerský vztah přálo a 24,41 % partnera nemá a ani nechce mít. Zajímavé je, jak velký rozdíl se objevil mezi výpověďmi mužů a žen, kteří označili, že partnera mají, tento rozdíl je celkem 25,41 % ve prospěch žen. V dotazníku nebyla otázka dále upřesňována, proto nevíme nic o tom, jak si dotázaní představují partnerský vztah, jak mohla být zejména data získaná od žen ovlivněna jejich touhou po partnerském životě. Předpoklad o tom, že partnerské vztahy jsou tím, co lidem s psychózou v životě často chybí, se potvrdil.

S tématem partnerství byly v dotazníku spojeny další dvě otázky ohledně seznámení se s partnerem a na spokojenost se vztahem. Výsledná data jsou uvedena v grafech č 7 a 8.



*Graf č. 7*

Data získaná položkou č. 12 ukazují, že u žen je plná spokojenost se vztahem uváděna v 55,55 % , ve 22,22 % částečná. Nespokojenost vyjádřilo 11,11 % žen a 11,11 % uvedlo, že neví. Muži uváděli, že jsou v 66,66 % se vztahem spokojeni, 33,323 % mužů v partnerském vztahu spokojeno není.



Graf č. 8

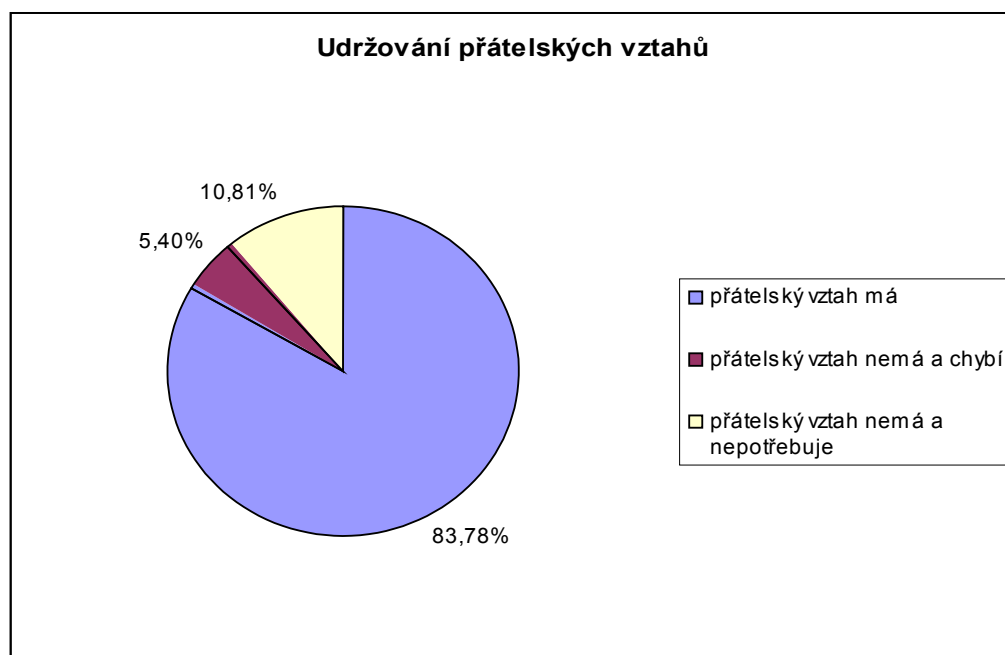
Z odpovědí na položku č. 11 vyplývá, že před propuknutím stávající partnerský vztah navázalo 33,33 % žen a 66,66 % mužů. Po propuknutí nemoci je poměr mezi pohlavími opačný (66,66 % žen a 33,33 % mužů se seznámilo v době, kdy již byli nemocní).

***„Lze očekávat, že 30 % respondentů neudrží přátelské vztahy.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 14. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 7, dále v grafu č. 9.

zvolená odpověď	ženy i muži
přátelský vztah má	83,78%
přátelský vztah nemá a chybí	5,40%
přátelský vztah nemá a nepotřebuje	10,81%

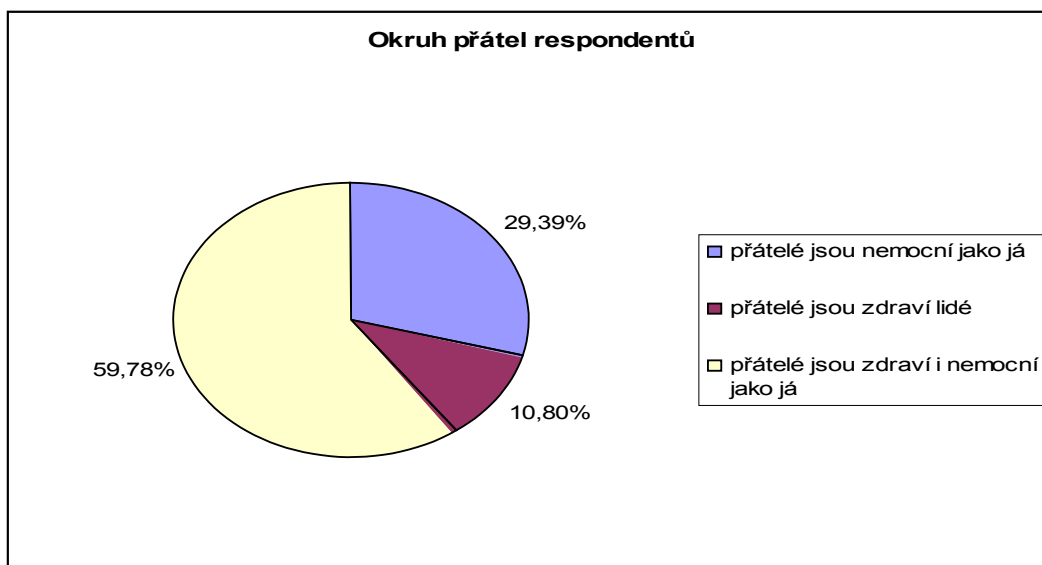
Tabulka 7: Přátelské vztahy



*Graf č. 9*

Na otázku ohledně udržování přátelských vztahů téměř 84 % dotázaných odpovědělo, že přátele má. Jeden respondent uvedl, že přátele nemá a chybí mu to a dva dotázaní (10,81 %) odpověděli, že přátelé nemají a žádné nepotřebují.

Doplňující k tématu přátelství byla položka č. 15, která měla za úkol zjistit, zda tito přátelé jsou zdraví, nemocní jako dotázaní, nebo zdraví i nemocní. Na tuto otázku dotázaní odpověděli, že zdraví, či zdraví i nemocné přátele má 70,58 % z nich, ostatní respondenti uvedli, že jejich přátelé jsou nemocní stejně tak jako sami dotázaní.



*Graf č. 10*

Hodnota získaných údajů otevírá otázku, jak respondenti posuzují přátelství, jaký vztah za přátelský považují. Na bližší charakteristiku těchto pojmů, případně na to, jak si dotázaní přátelství představují v dotazníku otázka chyběla. Nezbyvá tedy než přemýšlet nad tím, zda někteří z těch, kteří přátelské vztahy potvrdili, nevnímají setkávání s ostatními klienty ve službách nebo při volnočasových aktivitách jako přátelství. K této variantě vysvětlení se přiklání i pracovníci sdružení. Již v teoretické části této práce je zmiňován fakt, že lidé nemocní psychózou se uzavírají do sebe, jsou emočně oploštělí a mají problémy v komunikaci.

Tuto tezi je možné podpořit i příkladem z praxe: Do chráněného bydlení docházela za klienty paní Jitka, sama dříve uživatelka služby, v té době již velmi dobře kompenzovaná. Tato dáma s našimi klienty přibližně tři roky o víkendech podnikala různé aktivity, chodila s nimi na houby, nosila jim drobné dárečky, pekla s nimi, atp. Jednoho dne si pracovníci služby uvědomili, že Jitku dlouho neviděli, navštívili ji doma, ale ta neotvírala, navíc přestože bylo mrazivo, měla podle slov sousedky již několik dní otevřené okno. Po příjezdu PČR došlo k odemčení bytu, nalezení dokladů, peněženky, klíčů od bytů, rozeběhlo se pátrání.

Klienty, kteří paní Jitku považovali za svou přítelkyni, po několika málo dnech přestala situace okolo zmizení Jitky zajímat a dnes (po dvou letech), když na Jitku přijde řeč, nejeví žádný zájem o její osobu ani o to, co se jí mohlo přihodit.

Předpoklad se tak, jak byl formulován, nepotvrdil.



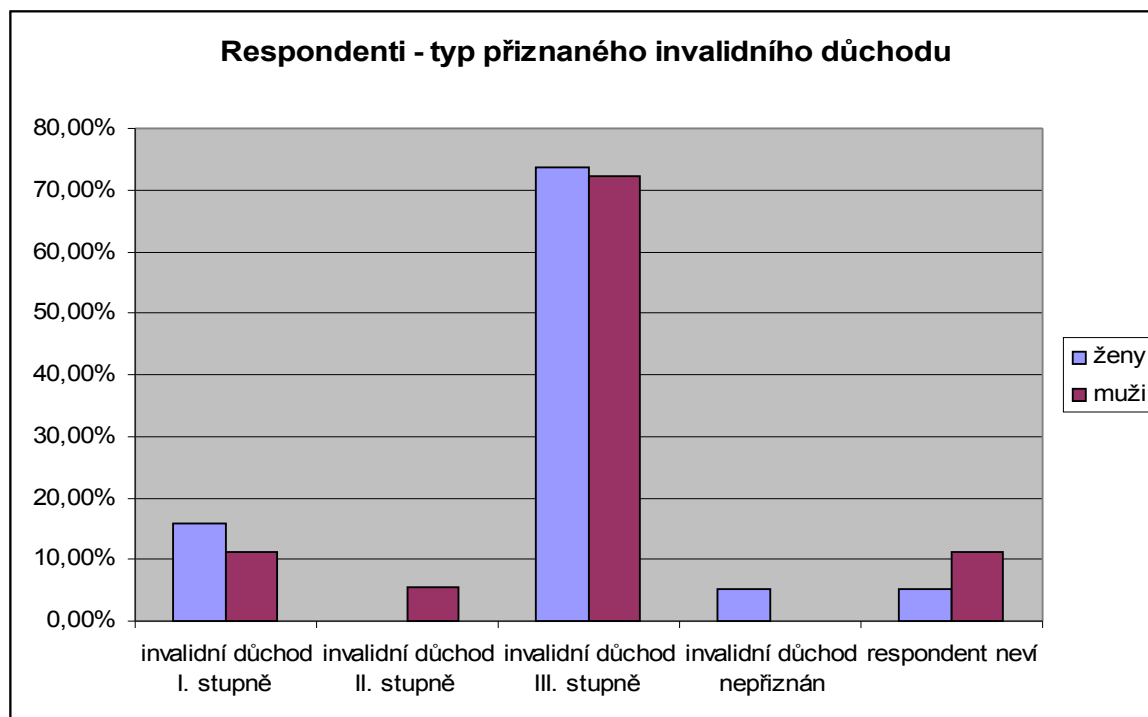
### 3.3.3 Předpoklady vztahující se k naplněnosti potřeb v oblasti finanční a pracovní.

**„Lze očekávat, že více jak 70 % respondentů má přiznaný invalidní důchod ve III. stupni.“**

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 16. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 8, dále v grafu č. 10.

zvolená odpověď	ženy	muži
invalidní důchod I. stupně	15,78%	11,11%
invalidní důchod II. stupně		5,55%
invalidní důchod III. stupně	73,68%	72,22%
invalidní důchod nepřiznán	5,26%	
respondent neví	5,26%	11,11%

Tabulka 8: Invalidní důchod



Graf č. 10

Získaná data potvrzují, že psychotické onemocnění je invalidizující a většině nemocných je přiznán invalidní důchod ve III. stupni. Invalidní důchod často pro nemocného znamená jedinou jistotu příjmu. Někdy však slouží jako „berlička“, která jedinci brání v tom, aby se po odeznění akutních příznaků pokusil si pracovní výkon alespoň vyzkoušet.

Dotazník nezjišťoval průměrnou výši invalidního důchodu a to zejména na základě zkušeností s nedávným vyplňováním dotazníku v rámci projektu EU, kdy byl dotaz na výši příjmu vnímán jako ohrožující a to i přesto, že jsme uživatelům vysvětlovali, že smyslem dotazníku je zmapovat finanční situaci a upozornit na to, že mnoho z nich žije pod hranicí životního minima a navíc, že dotazník je anonymní.

Předpoklad o tom, že více jak 70 % respondentům je přiznán invalidní důchod ve III. stupni je potvrzen.

***„Lze očekávat, že lidé s psychózou, kteří jsou zaměstnaní, mají obavy o svůj invalidní důchod.“***

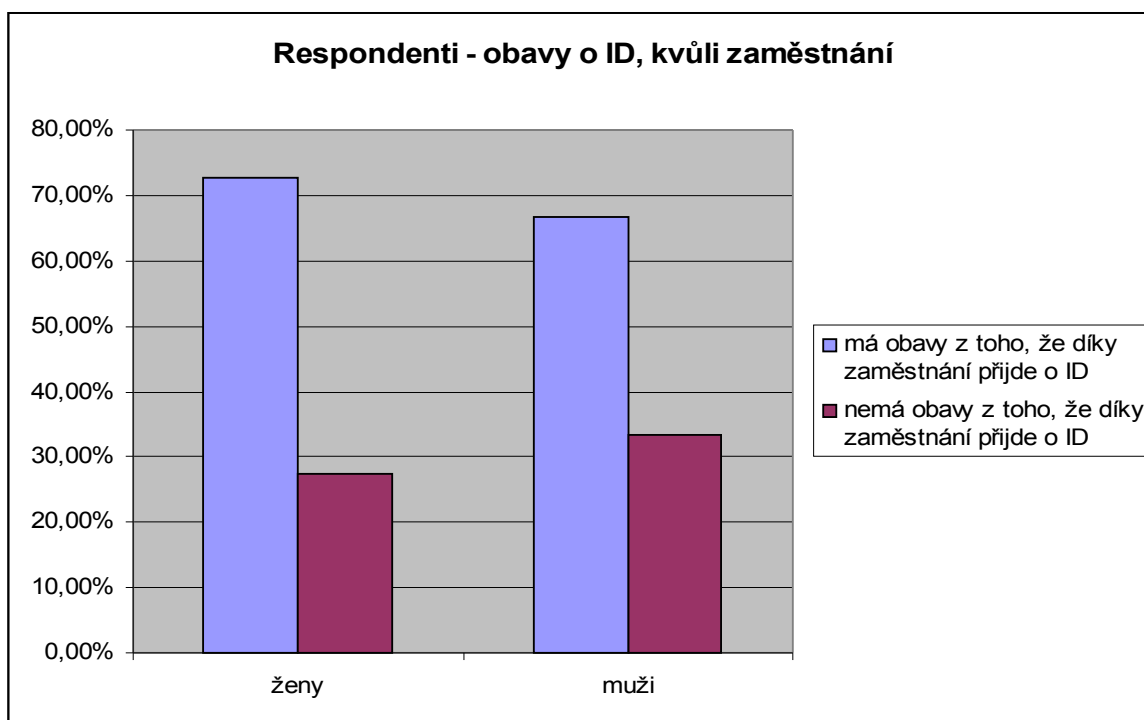
Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 19. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 9, dále v grafu č. 11.

Dotazovaní pracují v chráněných dílnách nebo na chráněných místech. Jedná se o zkrácené pracovní úvazky v rozsahu maximálně čtyř hodin denně.

Z odpovědí v dotazníku vyplynulo, že zaměstnáno je 57,88 % žen a 33,32 % mužů (položka č. 18). Obavy z toho, že díky zaměstnání respondenti přijdou o přiznaný invalidní důchod se potvrdil ze 72,72 % u žen a 66,66 % u mužů.

<b>zvolená odpověď</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>
má obavy z toho, že díky zaměstnání přijde o ID	72,72%	66,66%
nemá obavy z toho, že díky zaměstnání přijde o ID	27,27%	33,33%

*Tabulka 9: Obavy zaměstnaných z odebrání ID*



*Graf č. 11*

Předpoklad o obavách z odebrání invalidního důchodu v souvislosti se zaměstnáním se potvrdil. V praxi se ale setkáváme i s obavami klientů sociálních služeb, zejména sociálně terapeutické dílny, která je určena k rehabilitaci, získání dovedností a schopností potřebných pro práci, nebo také jen jako volnočasová aktivita. I uživatelé této služby se na pracovníky čas od času obrátí s dotazem, zda není možné, aby jim „důchod sebrali“, když chodí do dílny.

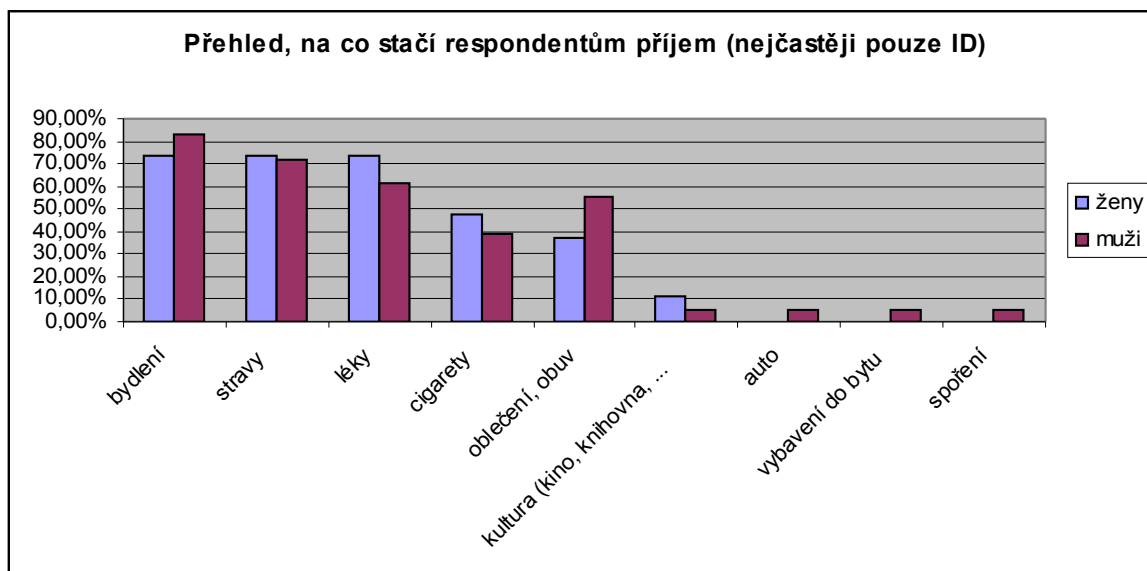
***„Lze očekávat, že 75 % respondentů má problém s úhradou běžných nákladů a chybí finanční prostředky na kulturní a vzdělávací akce.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 17. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v tabulce č. 10, dále v grafu č. 12.

V nabídce odpovědí bylo několik předvolených položek, dotazování měli prostor pro dopsání dalších oblastí, na jejichž úhradu jim jejich příjem stačí.

zvolená odpověď	ženy	muži
bydlení	73,68%	83,33%
stravy	73,68%	72,22%
léky	73,68%	61,11%
cigarety	47,36%	38,88%
oblečení, obuv	36,84%	55,55%
kultura (kino, knihovna, bazén, výlety)	11,11%	5,55%
auto		5,55%
vybavení do bytu		5,55%
spoření		5,55%

Tabulka 10: Příjem x výdaje

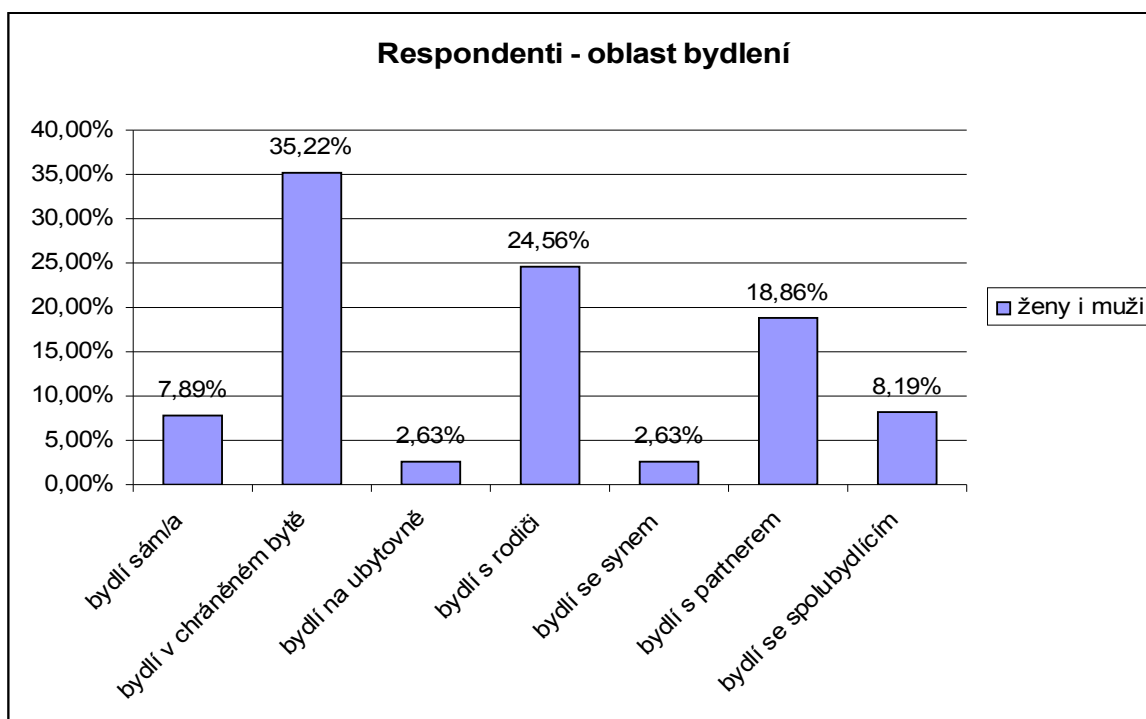


Graf č. 12

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že některým respondentům nestačí příjem na úhradu běžných nákladů jako je bydlení, strava a léky. Zajímavým zjištěním bylo, že část respondentů odpovídala, že náklady na jídlo není schopna uhradit, ale na druhou stranu zaškrtnla plnou úhradu cigaret a oblečení. Z toho lze usuzovat, že pro některé je prioritnější nákup cigaret a oblečení či obuvi než stravování. Průzkum potvrdil, že na úhradu kulturních a vzdělávacích akcí nemají dotazovaní finance. K rozporu mezi odpověďmi dotazovaných a povědomím pracovníků sdružení došlo v oblasti financí na oblečení a obuv u mužů, kde získaná data

neodpovídají skutečnosti, tak jak ji vnímají zaměstnanci sdružení ze své praxe.

Odpovědi na logický dotaz, jak a kde žije 21,50 % dotazovaných, pokud uvádějí, že jejich příjem nestačí na úhradu nákladů za bydlení, data získaná z odpovědí na položku č. 7 zobrazuje graf č. 13.



Graf č. 13

Tyto údaje pomohou objasnit, jak respondenti žijí, pokud uvádějí, že jim finanční prostředky nestačí na úhradu nákladů za bydlení. Největší část dotazovaných celkem 35,22 % žije v chráněném bytě (tedy ve službě chráněné bydlení či v podpoře samostatného bydlení), 24,56 % dotázaných žije s rodiči, celých 18,86 % respondentů pak s partnerem.

### 3.3.4 Předpoklady vztahující se k možnostem sociální pomoci osobám s psychickou poruchou psychotické hloubky.

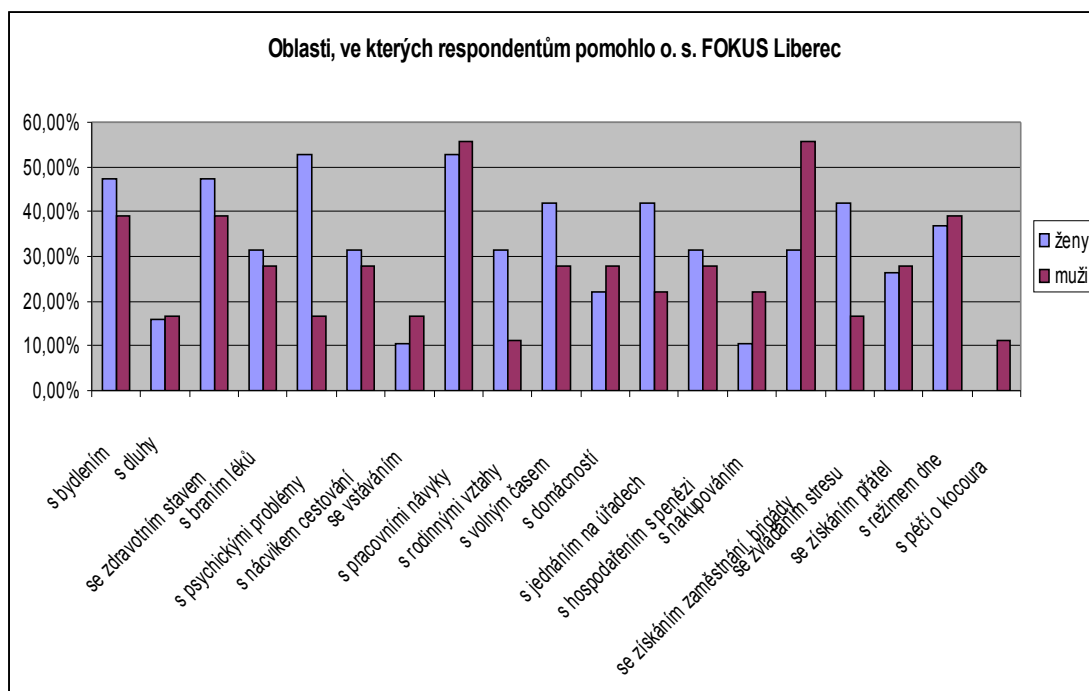
***„Sociální služby občanského sdružení FOKUS Liberec pomáhají zlepšit psychosociální kvalitu života osobám s psychózou.“***

Tento předpoklad byl ověřován položkou č. 23. Výsledky šetření jsou uvedeny jednak v

tabulce č. 11, dále v grafu č. 14.

<b>zvolená odpověď</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>
s bydlením	47,36%	38,88%
s dluhy	15,78%	16,66%
se zdravotním stavem	47,36%	38,88%
s braním léků	31,57%	27,77%
s psychickými problémy	52,63%	16,66%
s nácvikem cestování	31,57%	27,77%
se vstáváním	10,52%	16,66%
s pracovními návyky	52,63%	55,55%
s rodinnými vztahy	31,57%	11,11%
s volným časem	42,10%	27,77%
s domácností	22,22%	27,77%
s jednáním na úřadech	42,10%	22,22%
s hospodařením s penězi	31,57%	27,77%
s nakupováním	10,52%	22,22%
se získáním zaměstnání, brigády	31,57%	55,55%
se zvládáním stresu	42,10%	16,66%
se získáním přátel	26,31%	27,77%
s režimem dne	36,84%	38,88%
s péčí o kocoura		11,11%

*Tabulka 11: oblasti pomoci o. s. FOKUS Liberec*



Graf č. 14

Výsledky průzkumu ukazují, že nejčastěji sdružení pomohlo dotazovaným s bydlením ve 43,12 %, se zdravotním stavem v 43,12 %, s psychickými problémy ve 34,65 %, se získáním pracovních návyků v 54,09 %, s trávením volného času ve 34,94 %, s jednáním na úřadech 32,16 %, se získáním zaměstnání či brigády ve 43,56 %, se zvládáním stresu ve 29,38 % a režimem dne ve 37,86 %.

Při vyhodnocování dotazníků došlo k rozdílu mezi výpověďmi žen a mužů v oblasti pomoci s psychickými problémy, s rodinnými vztahy a se zvládáním stresu. U pomoci s psychickými problémy je rozdíl mezi muži a ženami ve výši 35,97 %, u pomoci s rodinnými vztahy činí rozdíl 20,46 %, rozdíl mezi ženami a muži u položky zvládání stresu je 25,44 %.

Pracovníci sdružení nemají dojem, že by s muži (uživatelé služeb) některou z výše uvedených oblastí projednávali a řešili méně často než se ženami. Nabízí se vysvětlení, zda pro muže není těžší připustit, že se s podobnými problémy potýkají. Příčinou může být představa mužů o tom, že by měli být schopní a soběstační, oproti tomu ženám nedělá takové problémy, přiznat si to, že přijaly pomoc při řešení svých pocitů. Data získaná od mužů tedy v těchto oblastech pravděpodobně nelze považovat za zcela odrážející skutečnost.

Výsledky dotazníků doplňují kazuistiky klientů, kteří využívají nebo využívali sociální služby sdružení. Kazuistika první představuje příběh ženy téměř důchodové věku, která by nebyť služby chráněné bydlení, do konce svého života žila v psychiatrické léčebně. Druhý příběh je příběhem mladého muže, který se snaží s pomocí asistentů získat jak dovednosti spojené s domácností, tak i pracovní návyky. Třetí příběh představuje ženu středního věku, která dokázala, že diagnóza schizofrenie neznamena konec světa, ale pokud dotyčná osoba najde dostatek vůle a správnou pomoc, může žít spokojený a naplněný život.

## Kazuistika č. 1

Paní Iveta L., věk 60 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, t. č. čtvrtým rokem uživatelka služby chráněného bydlení.

V dětství, podle dostupných materiálů, prodělala paní Iveta pouze běžná onemocnění. Vyrůstala v úplné rodině s rodiči a nevlastní sestrou (dcerou otce). O tom, zda byl otec již před tím ženatý nebo, proč vychovával starší dceru s novou ženou, Iveta nemluví.

Iveta studovala na Střední průmyslové škole, na konci třetího ročníku se rozhodla, že školu ukončí, „*protože studium jí zabíralo hodně času a neměla tak možnost věnovat se svým zájmům a najít si přítele*“. „*Sousedka jí poradila, aby šla k psychiatrovi, tam uvedla, že školu nezvládá, dostala lék Radepur na povzbuzení a ze školy odešla*.“ O tom, jak na situaci reagovala rodina, se Iveta nezmiňuje.

Půl roku po ukončení školy byla doma, pak nastoupila na místo operátorky strojů, kde pracovala asi šest měsíců, a pak se zhroutila. Následovala první dvouměsíční hospitalizace, po propuštění z nemocnice byla ještě půl roku v pracovní neschopnosti, pak se vrátila do zaměstnání na své původní místo. Na to, jestli byla stanovena diagnóza nebo zda užívala léky si Iveta nepamatuje.

Za čas se seznámila se svým budoucím manželem. Po půlroční známosti otěhotněla a vdala se. Po porodu v jejích 20-ti letech došlo k atace nemoci, paní Iveta tento stav popisuje jako „*mozkovou mrtvici, kdy přes noc přišla o paměť*“.

O syna se po návratu domů nebyla schopná sama postarat, s péčí jí pomáhal manžel a také její rodiče, u kterých bydleli. Po pár měsících se přestěhovali do vlastního bytu, ale stále bylo potřeba, aby pomáhali rodiče, jak Ivetiny tak manželovy. Po několika letech se její zdravotní stav obrátil k lepšímu, tento stav trval asi rok, kdy Iveta zvládala se o domácnost a



syna starat samostatněji.

Manželství nefungovalo, Iveta přiznává, že na tom „*měla hlavní podíl viny, manžela nemilovala a nebyla schopná se ani chovat, jako by ho milovala*“. Po rozvodu (manželství trvalo 5,5 roku) se Iveta se synem vrátila k rodičům. Nastalo období častých hospitalizací, když byla Iveta z psychiatrie doma, potřebovala stále pomoc rodiny. „*Neměla žádné zájmy, jen šla párkrát do roka s kamarádkou na zábavu*“. Několikrát krátce pracovala v „Invalidním družstvu“, kde se vyráběly kliky a kondenzátory.

Po rozvodu si Iveta už partnera nenašla, měla jen pár krátkodobých známostí, a pak přítele během pobytu v psychiatrické léčebně.

V roce 1989 byla hospitalizovaná v psychiatrické léčebně Kosmonosy, kde se léčila celkem sedmnáct let, z čehož čtrnáct let popisuje jako „*velmi nešťastných, až poslední tři roky se její zdravotní stav zlepšil*“. V léčebně Ivetu navštěvovala matka, otec byl již po smrti, po šesti letech matka zemřela také. V Kosmonosech začala paní Iveta „*věřit v Boha*“, dodnes je „*silně věřící*“.

Paní Ivetu kontaktovaly terénní pracovnice FOKUSu Liberec, které pravidelně jezdí na návštěvu do PL Kosmonosy, představily jí naše služby a zjistily, že by pro ni bylo vhodné chráněné bydlení. Iveta měla o bydlení zájem, zároveň pocítovala velké obavy, opustit po tolika letech léčebnu. Pracovnice ji navštěvovaly, po čase se rozhodla jet se do chráněného bydlení podívat. Před naplánovanou cestou si to rozmyslela, a tak se to opakovalo několikrát za sebou. Bála se, že to nezvládne, protože měla strach vyjít za bránu léčebny na ulici. Tak, jako mnozí další, Iveta propadla hospitalismu, který zapříčinil dlouhodobý pobyt v léčebně.

Režim v léčebně pro ni byl stabilní, znamenal jistotu a ochranu. Po ranním budíčku následovala snídane, kterou pacienti dostávají od personálu, poté je provedena základní hygiena, sestry rozdávají medikaci, nemocný často ani neví, jaké léky bere. V dopoledních hodinách se pacienti věnují malování, příp. dalším ručním pracím. Následuje oběd, polední medikace, vše hlídá personál, pacienti nejsou nuceni přemýšlet, rozhodovat se, hlídat si své povinnosti.

Díky spolupráci se synem a primářem na oddělení se Iveta nakonec rozhodla do služby chráněného bydlení v roce 2006 nastoupit. Přejít mimo ústavní péči nebyl pro ni jednoduchý, ale zvládá ho. Na pobyt v léčebně vzpomíná v dobrém, „*nic jí tam nechybělo, o vše se jí tam postarali*“.

Ivetě je paranoidní schizofrenie diagnostikovaná již 40let. Jako hlavní projevy nemoci se u ní objevují sluchové halucinace. Tyto jsou nepříjemné, obviňující a příkazující. Iveta je silný kuřák s chronickým nikotinismem a cigarety jsou její životní potřebou. Stává se, že jí hlasy

přikazují, přestat kouřit, což pak těžko snáší a s hlasy smlouvá. Pokud hlasy neustoupí, tabák a cigarety vyhodí do popelnice. Jindy jí hlasy oznámí, že je jediným člověkem na světě, který své tělo vyživuje tabákem a paní Iveta pak vykouří obrovské množství cigaret.

Paní Iveta je „*silně nábožensky založená*“, má tedy i halucinace a bludy s náboženskou tematikou. Velmi často hovoří s Bohem, který na ni promlouvá prostřednictvím hodin, sdělení jsou různorodá od ohlašování milionových výher, přes informace o tom, že střelná a řezná zranění se všem zahojí sama od sebe, po představy, že asistentka v chráněném bydlení je poslední zlá mocnost na světě a je potřeba ji zničit.

Svou nemoc popisuje tak, „*že po porodu měla infarkt nebo mozkovou mrtvici a že od té doby má částečně ochrnutý mozek a srdce a špatnou paměť*“. Hlasy vnímá jako „*fantazii, jako když spisovatel píše knihu*“, nepovažuje je za projev nemoci. Neuznává psychiatry a dlouholetou psychiatrickou léčbu považuje za „*projevy hlouposti lékařů, kteří nerozpoznají správnou příčinu jejich potíží*“.

I z tohoto důvodu je obtížné přesvědčit ji, aby užívala medikaci. Zpočátku s jejím užíváním experimentovala, vynechávala dávky a ty si strádala, a pak vzala několikadenní dávku, protože chtěla vyzkoušet účinky léků. Po těchto experimentech proběhlo několik hospitalizací. Mívá také bludy o tom, že jí pracovník služby chodí v noci píchat injekce a druhý den pak prosí, aby to už nedělal.

V kolektivu ostatních uživatelů služby se Iveta projevuje v podstatě přátelský člověk, občasným „nepřítelem“ je klíčový pracovník. Jen občas se objeví menší problém, a to zejména, když si něco někam položí, zapomene na to, odmítne nabídku na pomoc při hledání a ostatní obviňuje z krádeže.

S nikým z rodiny se osobně nestýká, ale udržuje telefonický a písemný kontakt se synem a sestřenicí, o nevlastní sestře nemá od svých 13-let žádné zprávy.

Ve službě chráněného bydlení je paní Iveta s pomocí schopna postarat se o své věci, udržovat v bytě pořádek, ráda se účastní nácviku pečení a vaření, je vidět, že v minulosti tyto práce zvládala a daří se jí tyto dovednosti obnovovat.

Paní Iveta do služby nastoupila s poměrně vysokými úsporami, ty však během necelých dvou let utratila za hračky, oblečení, paruky a další podobné věci, teď musí vystačit jen s důchodem. Přestože má finance uložené u asistentky a hospodaří s nimi na základě finančního plánu, je velmi časté, že vybírá peníze mimo plán, nakupuje si za ně věci, které nepotřebuje, a ty pak vyhazuje. Je velmi zdatná při získávání půjček od ostatních uživatelů služeb, nebo si v obchodech zařizuje nákupy na dluh. Dostala se tedy do kruhu, kdy po výplatě důchodu zaplatí dluhy a za pár dní si o těch samých lidech opět půjčuje. Finanční situace byla před rokem již

natolik zoufalá, že o. s. FOKUS Liberec bylo požádáno o omezení způsobilosti k právním úkonům na oblast financí. Paní Ivetě byla způsobilost omezena, je oprávněna týdně hospodařit s částkou stanovenou soudem, na zbytek dohlíží opatrovník ve spolupráci s pracovníky chráněného bydlení. Problémům s financemi jsme se zcela nevyhnuli, ale máme možnost více ovlivnit to, aby i týden před důchodem měla Iveta co jíst.

Přestože není pro paní Ivetu každodenní život lehký, s naší pomocí ho zvládá a jsem přesvědčena o tom, že v naší službě žije v rámci možností šťastnější a svobodnější život, než kdyby byla zůstala v psychiatrické léčebně.

## Kazuistika č. 2

Pan Jaroslav K., věk 33 let, diagnóza paranoidní schizofrenie. V současné době dva a půl roku využívá službu chráněného bydlení.

Jaroslav se narodil v rodině jako nejmladší ze tří dětí. Vyrůstal s oběma rodiči a staršími bratry. V dětství prodělal jen běžná dětská onemocnění. V rodinné anamnéze se žádná duševní onemocnění nevyskytují.

Na základní škole Jaroslav dobře prospíval, věnoval se sportu. Na dětství vzpomíná jako na hezké a radostné. Rodinné zázemí a vztahy s rodiči a sourozenci popisuje jako „*bezproblémové*“. Na střední školu nastoupil Jaroslav do okresního města, byl tedy přes týden na internátě, domů tedy jezdil jen na víkendy. Studium mu dle jeho sdělení „*nedělalo potíže, se spolužáky i autoritami bez problémů vycházel*“.

V posledním ročníku před maturitou se situace začala měnit. „*O studium a přátele přestával jevit zájem, v kolektivu se cítil nepříjemně, myslel si, že ho okolí obrožuje. Měl pocit, že nic nezvládá. Sám se v sobě nevyznal, proto začal chodit do hospod a pít alkohol. To, že se cítí podivně, tak mohl přisuzovat vlivu alkoholu*“. Jeho okolí si v té době ničeho nevšimlo, začal se vyhýbat návratům k rodině, vymlouval se na to, že se musí připravovat na maturitu. Po nějaké době se jeho psychický stav zlepšil a Jaroslav byl schopen úspěšně zvládnout maturitní zkoušku.

K další atace nemoci došlo ve druhém ročníku studia na vysoké škole, zde se však již objevily silné halucinace a bludy. Jaroslav žil na koleji, ze které přestal vycházet, uzavřel se na pokoji, měl pocit, že by se mu venku mezi lidmi něco stalo. Během poměrně krátké doby si jeho zvláštního chování všimla Jaroslavova přítelkyně, která zkontaktovala rodiče a asi po dvou měsících trvání zhoršení zdravotního stavu došlo k první hospitalizaci, nejprve na

psychiatrickém oddělení, poté byl přeložen do psychiatrické léčebny, kde pobyl celkem půl roku. Přestože se jeho stav stabilizoval, odmítl se vrátit ke studiu, s přítelkyní se rozešel. Nastěhoval se zpátky domů k rodičům, kteří, zvláště matka, mu poskytovali veškerý servis. Jaroslav se sám „nemusel o nic snažit ani starat“.

V průběhu let byl pravidelně minimálně jednou do roka hospitalizován, vzhledem k tomu, že měl sociální zázemí, nepřekročily délky jednotlivých hospitalizací několik týdnů až měsíců. Jaroslav tvrdí, „že se v léčebně, po odeznění akutních potíží, cítil dobře. Měl zde dostatek sociálních kontaktů mezi ostatními pacienty, i pravidelný režim na oddělení mu dělal dobře. Rád se účastnil všech aktivit“. Režim v psychiatrické léčebně mu vyhovoval zejména svým pevným řádem, přesně stanovenými časy výdeje léků, stravy, naplánovanými aktivitami. V léčebně je režim přesně stanoven, hodinově rozfázován a účastní se ho každý bez výjimek.

Po návratu domů k pečující matce však brzy dospěl do stádia, kdy neměl žádné aktivity. Matka se v dobré víře, starala o vše a Jaroslav neměl naplánovány žádné činnosti.

S přáteli ze školy se stýkat nechtěl, stydl se za to, že je „blázen“ a obával se, že se s nimi již nemá nic společného. Jeho přátelé s ním zpočátku chtěli udržovat alespoň malý kontakt, postupem času, vlivem jeho odmítavých reakcí, se této snahy vzdali. Jaroslavovi byl přiznán plný invalidní důchod, zůstal sám, doma s rodiči, kteří se snažili dělat vše pro jeho pohodlí.

Jaroslava k nám do organizace dovedli rodiče, kteří jsou téměř důchodového věku, potřebující mít jistotu, že jejich syn nezůstane nakonec sám. Vzhledem k tomu, že Jaroslav ztratil veškeré sociální dovednosti i schopnost postarat se sám o sebe, zvolil si a nastoupil do služby chráněné bydlení. V průběhu prvokontaktu bylo velmi obtížné zjistit, jak si vlastně Jaroslav svůj budoucí život představuje a co chce od služby získat.

Zpočátku nám dělala problém fáze mapování jeho potřeb a přání. Jaroslav sám žádné plány do budoucnosti neměl a bylo obtížné přesvědčit ho, že budoucnost má a že má nárok na to, pokusit se, aby žil podle svých představ a možností.

Dlouhou dobu jsme tedy věnovali tomu, aby si své představy začal uvědomovat. Bylo důležité zjistit jeho dovednosti v oblasti sebeobsluhy, schopnosti nakupovat, starat se o svou hygienu a čistotu oblečení. Dále pak schopnost starat se pořádek, o domácnost. Vzhledem k tomu, že Jaroslav žil s rodiči, neměl nejmenší zkušenosti s vyřizováním svých osobních záležitostí na úřadech, poště, neuměl sám jednat s lékaři, protože i tam ho doprovázeli rodiče.

Spolupráce s rodinou nebyla zpočátku jednoduchá, otec byl ten svolnější k tomu, motivovat syna k samostatnosti, matka si sice na jednu stranu také přála synovi pomoci, na druhou však některé naše snahy nevědomě kazila. Po několika schůzkách, na kterých jsme si

vyjasňovali náš přístup, a to, jaký přístup čekáme od rodiny, se situace pomalu začala lepšit. Vhodné bylo zapojit do spolupráce i sourozence. Přestože mají oba své rodiny a bydlí dost daleko, překvapivě však byli velmi ochotní a na podpoře, výměně informací a zkušeností jsme se nakonec dohodli se všemi členy rodiny. Jaroslav jezdí za rodiči pravidelně jednou v měsíci na víkend, nepravidelně se stýká i se svými sourozenci a jejich rodinami. S rodinou tráví svátky, účastní se oslav narozenin i v širší rodině.

Jaroslav není konfliktní osoba, vyhledávající hádky, proto vychází se všemi ostatními klienty služby. Naopak, často působí jako uklidňující faktor při řešení neshod jiných klientů, většinou dokáže posoudit situaci či problém, tak jak opravdu je a je tvůrčí při vymýšlení řešení. Naučil se říci svůj názor, umí si stát za svými požadavky.

Jaroslavova rehabilitace začala základním nácvikem nakupování potravin. Protože měl obavy z toho, jít do cizího obchodu a hovoru s prodavačkou, probíhal nácvik nejdříve v bytě. Pro zvýšení úspěchu nákupu jsme sestavili seznam potravin, které chce nakoupit. Zpočátku s Jaroslavem chodila pracovnice služby, aby získal pocit jistoty, což se podařilo a postupem času Jaroslav nakupování začal zvládat samostatně. Díky postupnému nácviku a pocitu úspěchu se nám tyto drobné potíže daří překonávat a zvládat.

Jaroslav má na svou nemoc reálný náhled a ví, „že je pro něj medikace důležitá“, proto je ochoten užívat léky, které mu psychiatr předepsal a přes některé nepříjemné vedlejší účinky si uvědomuje, že je potřebuje.

S docházkou k psychiatrovi Jaroslav nemá problém, problematická byla zpočátku spíše komunikace, Jaroslav měl pocit, že musí panu doktorovi dělat radost a tak nikdy nemluvil o zhoršení svého zdravotního stavu. Styl komunikace se stále vyvíjí, Jaroslav souhlasí s případným kontaktováním lékaře pracovníky služby tak, aby se předešlo dlouhodobému neřešení zhoršení psychiky. Během doby, co je Jaroslav ve službě, byl jednou krátce hospitalizován z důvodu objevení se hlasových a sluchových halucinací s nepříjemným, obviňujícím obsahem. Po upravení medikace se do měsíce vrátil zpět do chráněného bydlení.

V současné době společně provádíme nácvik jednání na úradech a dalších institucích, ale v běžném životě není tolik příležitostí, kde by si Jaroslav mohl tuto dovednost vyzkoušet.

Po třech měsících od nástupu do služby chráněného bydlení se Jaroslav začal zajímat o navázání sociálních kontaktů a přátelství. Jako první jsme zvolili variantu, začít chodit na svépomocný klub. Ten se koná dvakrát v týdnu, schází se tu klienti služeb i duševně nemocní, kteří služeb nevyužívají. Program zde není organizovaný, hlavním účelem klubu je především

setkávání se lidí, kteří nemají moc přátel ve svém okolí, nemají si s kým promluvit, světit se. Koordinátor klubu však pravidelně přibližně jednou za měsíc organizuje i různé společenské či vzdělávací akce.

Jaroslav si zpočátku v klubu nebyl jistý, neuměl někoho oslovit, zapojit se do rozhovoru, to se postupně podařilo a Jaroslav se začal účastnit i pořádaných akcí. Po půl roce se u něj objevila potřeba mít nějakou aktivitu.

Ve spolupráci s vedoucí sociálně terapeutické dílny jsme zahájili jednání o vstupu do této služby. Jaroslav prošel prvokontaktem do sociálně terapeutické dílny, zde si stanovil dlouhodobý cíl, chtěl „*získat dovednosti, které by mu pomohly získat a udržet si zaměstnání*“. Základem je pravidelná a včasná docházka a také schopnost dodržovat přestávky a na zadanou činnost se soustředit. Jaroslav rychle zvládl včasnou docházku, dodržování pravidel dílny a pracovních postupů. Přihlásil se do výběrového řízení na místo v chráněné rukodělné dílně a v tomto výběrovém řízení uspěl.

Jaroslav již rok pracuje na poloviční úvazek v řezbářské dílně, našel si „*kamarádku*“, která je v této dílně také zaměstnaná a pomaličku začíná uvažovat o vlastním bydlení – z toho však „*má velké obavy*“, přestože je u něj vidět velké zlepšení a pokrok, zatím necítí na úplné osamostatnění.

### Kazuistika č. 3

Paní Eva, věk 45 let, diagnóza schizoafektivní porucha, t. č. pracuje jako asistentka ve službě spojené s bydlením

Eva pochází ze sedmičlenné rodiny. Matka i otec byli alkoholici. Po narození byla odložena do kojeneckého ústavu, na dva roky pak byla navracena do péče vlastní matky. Po násilné smrti otce ve dvou letech byla znovu odebrána z rodiny a umístěna spolu s ostatními sourozenci do dětských domovů.

Z dětského domova byla svěřena do pěstounské péče. Pobyt v mnohočlenné rodině však nezvládla. Od dětství trpěla úzkostmi a pocity pronásledování. Byla v péči dětských psychologů, užívala léky na spaní a zklidnění. Střety se sourozenci a nábožensky založenou matkou - pěstounkou vyústily v 16 letech v pobyt v nápravném zařízení pro nezletilé. Toto zařízení jí po dosažení 18 let zajistilo pobyt v Praze na ubytovně. K samostatnému bydlení však Evě chyběly zkušenosti i dovednosti a Praha pro ní byla příliš „hektickým“ místem. Brzy

se ocitla na ulici, kde se jí po čase ujala organizace, kterou Eva popisuje jako náboženskou sektu. Pomohli jí zajistit ubytování, současně se však podíleli na rozvoji náboženských bludů a duševní nemoci.

První schizofrenní projev zažila právě ve svých 18 letech .... *“Hlasý mi přikazovaly společensky neúnosné chování”* Prodělala svojí první hospitalizaci v PL Bohnice Po propuštění si našla zaměstnání, začala také studovat gymnázium. Studium úspěšně dokončila. Život v Čechách jí ale připadal bezvýchodný. Nemohla najít stálé zaměstnání, bydlela v nedůstojných provizorních prostorách. Krátce před revolucí tedy emigrovala bez znalosti němčiny do Německa. Domlouvala se pouze anglicky. Pozнала zde svého přítele, se kterým měla syna. V Německu žila a příležitostně pracovala čtyři roky. Pak se s přítelem rozhodli pro návrat do České republiky. Bydleli společně spolu se synem v bytě přítele.

Když se partner později odstěhoval, přenechal jí byt, ale na syna neplatil výživné. Eva, která se o syna starala, se stále snažila najít zaměstnání. Tento úkol pro ni byl značně obtížný. Dostala se do finančních obtíží. Podle vlastních slov *„byla na všechno sama, nikdo se o ní nezajímal, nikdo jí nijak nepodporoval a trpěla silnými pocity osamělosti....“* V této době se Eva opět navázala na církevní organizaci.

V roce 2001 prodělala nedobrovolnou hospitalizaci tentokrát v psychiatrické léčebně Kosmonosy. Od poslední hospitalizace uplynulo 19 let a po celou dobu nebyla v péči žádného psychiatra, neléčila se. Nedobrovolná hospitalizace se v příštím roce opakovala. V psychotické atace prožívala druhou světovou válku a život v koncentračních táborech. Věřila tomu, *„že má telepatické schopnosti a že naši zemi navštívili mimozemšťané“*. Trpěla náboženskými bludy, stigmaty na rukou a zrakovými a čichovými halucinacemi.

První kontakt s občanským sdružením Fokus Liberec navázala v roce 2002 po další hospitalizaci. V této době ještě stále nerozuměla tomu, co se s ní děje. Náboženská zjevení, která často prožívala, nedávala do souvislosti s nemocí. *„Stále mi dělalo problémy uchopit reálný svět“*... Dále přetrvávaly endogenní deprese, úzkosti a paranoidní stavy.

V té době jí Fokus nabídl skupinovou psychoterapii. Docházela na sezení, kde se seznamovala a konfrontovala s problémy jiných klientů. Další rok docházela k psychologovi a na další psychotherapeutická sezení. Postupně si začala uvědomovat, že i ostatní nemocní prožívají podobné stavy, že její obtíže jsou projevem nemoci. V roce 2003 zažádala ve Fokusu o místo v rehabilitační keramické dílně. Práce jí však nebavila. ... *„nějak jsem ji přetrpěla“*.... Objevily se problémy s ranním vstáváním, dodržováním přestávek pracovním výkonem. V této době jí byl přidělen plný invalidní důchod, který jí zajistil alespoň základní

finanční jistotu. Z Fokusu tedy odešla. Rok byla doma „*Doma jsem však pouze spala a tloustla*“... Po roce vyhledala Fokus s prosbou o informace týkající se změny ambulantního psychiatra. Ke stávajícímu psychiatrovi ztratila důvěru, byla jím ale informována o tom, že má nařízenou soudní léčbu a nesmí změnu zrealizovat. Fokus jí však pomohl změnu lékaře zprostředkovat. Zkušenost kterou s Fokusem udělala... „*věděla jsem, že mi tu pomohli*“... jí dovedl k nové žádosti o chráněné pracovní místo. Tentokrát však nastoupila na místo úklidové. Eva oceňuje, že se zde naučila samostatnému pracovnímu výkonu a práci bez dohledu terapeuta. Samostatná práce jí vyhovovala mnohem více, než práce v chráněné dílně.

Postupně se seznamovala s problematikou duševního onemocnění a s životními osudy klientů. Jako empatický člověk, který sám prošel duševní nemocí, se postupně vyrovnávala s potřebou získat nadhled nad situací klientů a svojí vlastní lidskou zkušeností, která jí ve vytváření nadhledu někdy bránila.

Velkou předností Evy je její schopnost pracovat se svojí vlastní nemocí a překonávat problémy. I když se občas cítí „*fyzicky, nebo psychicky bůř*“, její dlouhodobé pracovní neschopnosti nijak nevybočují z průměru ostatních zaměstnanců. Snaží se zátěž dávkovat, odhadnout své síly a skloubit svou práci s nároky péče o syna a domácnost.

Na základě prokázané schopnosti pracovat samostatně, iniciativně a spolehlivě Eva po roce dostala nabídku pracovat pro sdružení na částečný úvazek jako terénní pracovník a na starost dostala doprovody klientů. Nabídku přijala, prošla rekvalifikačním kurzem, stala se tak součástí rehabilitačního týmu a udělala další důležitý krok ve svém profesním i osobnostním rozvoji.

Protože svou práci s uživateli služby vykonávala bezchybně, přestoupila časem do služby podpora samostatného bydlení, stala se klíčovým pracovníkem a asistentem v jednom z bytů.

*„Verdikty odborníků je nutno chápat jako určitá vodítka, ale nikoliv jako rozhodující ukazatele budoucnosti klienta (například jeden psychologický posudek mě klasifikoval jako člověka s nadprůměrnou inteligencí, ale jiný posudek také jako člověka s inteligencí podprůměrnou a defektní osobností).*

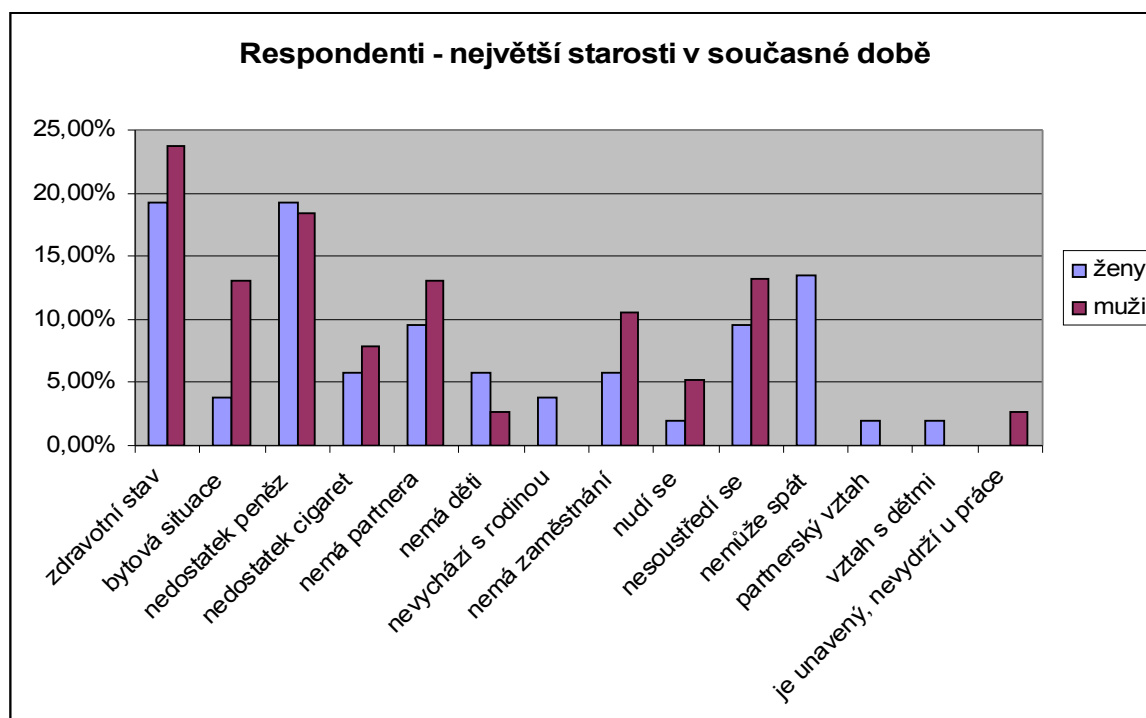
*Nikdo nezmůže nic, pokud člověk s duševní nemocí nechce, nebojuje a nenalezne motivaci. Přátelské prostředí, víra ve schopnosti a důvěra jsou rozhodujícím činitelem pro úspěch.“*



V dotazníku byla také otázka, co respondenty v současné době nejvíce trápí, co jim dělá největší starosti. Přehled největších stresorů je uveden v přehledové tabulce č. 12 a v grafu č. 15.

<b>zvolená odpověď</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>
zdravotní stav	19,23%	23,68%
bytová situace	3,84%	13,13%
nedostatek peněz	19,23%	18,42%
nedostatek cigaret	5,76%	7,89%
nemá partnera	9,61%	13,13%
nemá děti	5,76%	2,63%
nevychází s rodinou	3,81%	
nemá zaměstnání	5,76%	10,52%
nudí se	1,92%	5,26%
nesoustředí se	9,61%	13,15%
nemůže spát	13,46%	
partnerský vztah	1,92%	
vztah s dětmi	1,92%	
je unavený, nevydrží u práce		2,63%

*Tabulka 12: Stresující faktory*



Graf č. 15

Z dotazníků vyplynulo, že nejvíce stresující jsou pro respondenty zdravotní stav a to celkem v 21,46 %, nedostatek finančních prostředků v 18,83 %, nesoustředění se v 11,37 % a v téže hodnotě to, že dotázaný nemá partnera. U mužů se oproti ženám objevily vyšší hodnoty u bytové situace (rozdílem 9,29 %) a u toho, že respondenti nemají zaměstnání (zde rozdílem 4,76 %). Ženy naproti tomu označili, že je trápí to, že nemohou spát (13,46 %), dále problémy v partnerském vztahu (1,92 %) a ve vztahu s dětmi (1,92 %).

## 4 Závěr

Důsledky psychické poruchy se nejcitlivěji projevují v oblasti sociálního fungování nemocného ve společnosti. U takto nemocných osob nejsou často stopy onemocnění znatelné na první pohled, problémy spojené s nemocí se u nich stávají viditelné až při řešení běžných každodenních situací, tyto osoby se velmi často potýkají s obtížemi, při fungování v běžném životě, v plánování činností i svého života. Běžné jsou obtíže se strukturalizací dne a plánování budoucnosti. To se mimo jiné projevuje v nedostatečném vědomí vlastních potřeb a přání, jakož i v obtížích při jejich dosahování.

Charakter psychotického onemocnění může v těchto lidech vytvářet iluzi vlastního světa, což z velké části ovlivňuje vztahy k sociálnímu okolí a omezuje možnost vytvářet smysluplné a funkční vztahy. Často se chovají neobvykle a stávají se terčem negativní pozornosti okolí. Všechny tyto skutečnosti vedou u lidí trpících duševní nemocí k izolaci a osamocení. Je proto důležité, poskytovat těmto lidem péči a pomoc v době relapsu a pomáhat jim získat soběstačnost a podporovat je v každodenním životě.

Průzkum, který byl proveden a který zjišťoval potřeby a míru naplnění těchto potřeb u jedinců s psychózou potvrdil tyto skutečnosti:

Osoby s psychickou poruchou psychotické hloubky často neužívají farmaka tak, jak je ošetřující lékař naordinuje. Současně má většina respondentů ke svému psychiatrovi důvěru. Takto nemocné osoby často pocítují nezakotvenost v rodině, chybí jim partnerský vztah. Naproti tomu potřebu přátelských vztahů pocítují jako naplněnou. Více jak 70 % respondentů má přiznaný invalidní důchod ve III. stupni. Stejně procento má obavy, že jim bude odebrán invalidní důchod, z důvodu toho, že jsou zaměstnáni. Dotazování mají problém s úhradou běžných nákladů a v zásadě nemají finanční prostředky na kulturní a vzdělávací akce.

Sociální služby občanského sdružení FOKUS Liberec pomáhají (dle samotných uživatelů služeb, ale i zaměstnanců sdružení) zlepšit psychosociální kvalitu života osobám s psychózou a to zejména v oblasti zdravotní, v bydlení, finanční situace, režimu dne, vyplnění volného času, nácviku pracovních dovedností a zprostředkování pracovních míst.

V závěru bych si do práce dovolila zařadit rozhovor s vedoucí psychosociální rehabilitace o. s. FOKUSu Liberec paní Růženou Bergmanovou v rámci kterého i krátce zhodnotila získaná data.

- (1) Co považujete za nejdůležitější součást rehabilitace v péči o osoby s psychickou poruchou psychotického okruhu?
- (2) Objevila se ve výsledcích průzkumu nějaká informace, která Vás překvapila?
- (3) Myslíte si, že průzkum v praktické části práce a data z něj získaná mohou být využity v praxi?

*„Při poskytování péče o osoby s duševním onemocněním je podstatnou součástí práce edukace uživatelů a jejich rodin, dále rozvíjení meziresortní spolupráce mezi sociálními službami a zdravotníky. Pro osoby s psychózou je nejdůležitější potřebou být finančně zajištěn a mít a místo, kde můžu v klidu žít. S ohledem na tuto skutečnost poskytujeme dvě služby spojené s možností ubytování, současně je třeba poskytovat podporu ve vlastních*

*domácnostech uživatelů, kdy pracovníci pomáhají s činnostmi souvisejícími se zajištěním chodu domácnosti a vyřizováním potřebných záležitostí, atd. Cílem těchto služeb je to, aby se uživatelé co nejdéle udrželi ve svém přirozeném prostředí.*

*Důležitou součástí života je také pracovní činnost. Proto poskytujeme jak pracovní rehabilitaci, tak vytváříme chráněná pracovní místa a pracoviště. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je značně problematické, vzhledem k politice státu, který poslední dobou stále omezuje podporu pracovních míst. Přitom práce je pro naši cílovou skupinu velmi důležitá, navíc šance, že by uspěli na otevřeném trhu práce, je velmi omezená.*

*Při práci s lidmi s psychickou poruchou je důležité mít možnost odkázat v případě potřeby na jiné, návazné služby, moci doporučit odbornou pomoc v situacích, které jsou nad rámec námi poskytovaných sociálních služeb. Bohužel v našem regionu, ale v podstatě i v rámci celé republiky, není síť služeb dostatečná.*

*Žádali jsme proto o podpoření služby Odborného sociálního poradenství, cílem bylo zajistit nejen pomoc sociálního pracovníka, ale i psychologa, který by poskytoval psychologické poradenství a právníka, který by zastupoval naše uživatele při soudních jednáních, pomáhal jim řešit dluhy, exekuce, atp. Bohužel jsme v této snaze podpoření nebyli.*

*Překvapivé informace průzkum nepřinesl, pomohl nám ovšem, zorientovat se v názorech a náhledu uživatelů služeb. V našem sdružení vedeme u každé služby statistiku činností, které jsou poskytovány. Jsme tak schopni doložit, které činnosti a v jakých oblastech jsou uživateli nejčastěji (či nejméně) využívány. Průzkum byl prováděn dotazováním samotných uživatelů, proto je pro nás podstatné, jak přínos našich služeb vnímají oni sami.*

*Data, vyplývající z praktické části, je do budoucna možno využít v rámci našeho sdružení, kdy poslouží k důkladnějšímu mapování potřeb u zájemců o služby i stávajících uživatelů. Možnost dalšího využití získaných dat směrem navenek je jejich prezentace v rámci komunitního plánování, podkladů pro žádosti o dotace, podpory při rozvíjení dalších služeb sdružení.“*

## 5 Navrhovaná opatření

Práce se zabývá charakteristikou jedinců s psychickou poruchou psychotické hloubky. Z výsledků průzkumu se dají vyvozovat oblasti, na kterých je třeba s takto nemocnými lidmi pracovat. Mnoho dotázaných je nespokojených se svým partnerským životem, zároveň je pro ně obtížné kontakty a vztahy navazovat, pomáhající pracovníci se z velké části soustředí na základní potřeby svých klientů a tuto oblast někdy opomíjejí.

Objevují se ale již první projekty – kursy, které pomáhají lidem s psychotickým onemocněním, naučit se seznamovat s jinými lidmi, i osobami opačného pohlaví, dále to, jak mají mluvit o své nemoci, jak zvládat náročnost partnerského vztahu.

Velmi záleží na informovanosti pacientů o možnostech léčby a o možnostech podpory. Je tedy důležité budovat spolupráci napříč resorty zdravotnictví a sociálních služeb. Sociální služby nepochybně patří do následné péče po propuštění z psychiatrické léčebny, protože prostředky do ní vložené se vrátí snížením počtu rehospitalizací. Umožňuje také nemocným, naučit se žít v přirozeném prostředí.

Bohužel se v posledních letech setkáváme s tím, že sociální služby, zejména ty, které jsou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi, jsou podfinancované. Tato situace působí značně demotivujícím způsobem i na pracovníky těchto zařízení. Do budoucna je tedy třeba řešit zejména finanční otázku a hledat jiné zdroje na financování služeb. Neziskové organizace se již nemohou spoléhat po podporu státu, ale musí zajistit své fungování jiným způsobem.

Státní správa by se měla snažit změnit svůj přístup a posílit kontrolní systém, namísto plošného snížení příspěvku na péči, případně tento příspěvek vyplácet jinou, méně zneužitelnou formou než je hotovost (například poukázkami). Trend plošného rušení je dlouhodobý a odrazil se již na podpoře pracovních míst. Výsledkem činnosti několika zaměstnavatelů, kteří se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením obohatilo, nebylo posílení kontrolního systému státu, ale došlo k plošnému snížení příspěvků na chráněná pracovní místa. Nejen v naší organizaci pak musela nastat reorganizace a nutné snížení počtu chráněných pracovních míst. Přitom zaměstnání a pocit z vykonané činnosti není důležitý jen pro znevýhodněné osoby, ale pro každého běžného člověka.

Důležitým krokem je i změnit vnímání společnosti jak k lidem s psychotickým onemocněním, ale i k jiným skupinám osob se zdravotním znevýhodněním či těm, kteří se ocitli v sociálně nepříznivé situaci. Je úkolem organizací, aby tuto osvětovou roli vykonávaly a seznamovaly širokou veřejnost s problematickými oblastmi a jejich možnými řešeními.

Zároveň je důležité si uvědomit, že péče o osoby s psychickým onemocněním nevede vždy k resocializaci a integraci do společnosti, hlavní hybnou silou je vždy motivace a vůle jedince spolupracovat a odhodlání přijmout odpovědnost za svůj život.

## 6 Seznam bibliografických citací

- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie – diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Solen, 2007. ISSN 1213-0508.
- DORNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- FÍŠAR, Zdeněk, JIRÁK, Roman. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0061-1.
- FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.
- HÖSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- HORÁKOVÁ, Jana. *Intermediární péče o psychoticky nemocné v České republice*. Praha, 2006. Rigorózní práce. Univerzita Karlova.
- HYNIE, Syxtus. *Psychofarmakologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-17-5.
- CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1990. ISBN 80-201-0050-4.
- KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- KREBS, Vojtěch, a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Jak zlepšovat psychický stav nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-032-85.
- LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Nezávislý Novinář, 1991. ISBN 80-85121-13-1.
- MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-116-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-1290-7.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

- PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
- RABOCH, JIRÁK, PACTL. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-602-3.
- RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.
- RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
- SEIFERTOVÁ, PRAŠKO, HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISBN 80-86694-06-2.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Člověk v kritických životních situacích*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-901-2.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 1977.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-47.
- Krajská nemocnice Liberec, a. s. *Psychiatrické oddělení pro dospělé*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-24]. Dostupné z: [http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1\\_33\\_19](http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_19)
- Linka důvěry Liberec. *Poslání a cílová skupina*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-24]. Dostupné z: <http://www.linka-duvery.cz/>
- Občanské sdružení FOKUS Liberec. *O nás*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-10]. Dostupné z: [http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index\\_nabidka\\_sluzeb.htm](http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index_nabidka_sluzeb.htm)
- Občanské sdružení FOKUS Liberec. *Nabídka služeb a aktivit*. [online]. 2011. [cit.: 2011-01-10]. Dostupné z: [http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index\\_nabidka\\_sluzeb.htm](http://www.fokuslbc.eu.uvirt16.active24.cz/index_nabidka_sluzeb.htm)
- Statutární město Liberec. *Komunitní plánování. Základní listina*. [online]. 2010. [cit.: 2011-01-24]. Dostupné z: <http://www.liberec.cz/wps/portal/statutarni-mesto-liberec/prakticke-informace/komunitni-planovani/zakladni-listina>
- Změna stopstigma. *O stigma*. [online]. 2010. [cit.: 2011-02-14]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>
- Business center.cz. *Občanský zákoník*. [online]. 2011. [cit.: 2011-02-16]. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcanzak/cast1.aspx>
- Portál veřejné správy ČR. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online]. 2011. [cit.: 2011-03-18]. Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=)



## **7 Seznam příloh**

Příloha č. 1: Autoportréty jedné z uživatelů služby (viz. text - s. 19)

Příloha č. 2: Fotografická dokumentace prostor chráněného bydlení (viz. text - s. 43)

Příloha č. 3: Dotazník vlastní konstrukce (viz. text – s. 49)

Příloha č. 1: Autoportréty jedné z uživatelů služby (viz. text - s. 19)



*Ilustrace 1: Smutek*



*Ilustrace 2: Bez názvu*





*Ilustrace 3: Vztek*



*Ilustrace 4: Bez názvu*



Příloha č. 2: Fotografická dokumentace prostor chráněného bydlení (viz. text - s. 43)



*Ilustrace 5: Obývací pokoj*



*Ilustrace 6: Kuchyň*



*Ilustrace 7: Schodiště*

## DOTAZNÍK

Dobrý den, dovoluji Vám položit Vám několik otázek, které mi budou podkladem při vypracování bakalářské práce na téma: Psychosociální kvalita života osob s psychickou poruchou psychotické hloubky.

Dotazník je zcela anonymní a poskytnuté informace poslouží pouze pro mé studijní účely. Zakroužkujte, prosím, u každé z otázek odpověď (odpovědi), které platí, pokud Vám v nabídce něco chybí, dopište podle svého uvážení.

Děkuji za pomoc a přeji příjemný den.

Kateřina Záhorová, studentka TUL

**1. Jste:**

a) žena

b) muž

**2. Kolik je Vám let?**

a) 16-26 let

c) 38-48 let

b) 27-37 let

d) 49-60 let

**3. Víte, s jakou nemocí se léčíte?**

• se schizofrenií

• .....

• s bipolární poruchou

• nevím

• se schizoafektivní poruchou

**4. Jak dlouho jste nemocný/á?**

a) 1-5 let

c) 13-19 let

b) 6-12 let

d) více jak 20 let

**5. Užíváte léky?**

a) ano, pravidelně

b) ano, ale občas vynechám,  
protože.....

c) ne, nevěřím, že mi léky pomáhají

**6. Máte ke svému psychiatrovi důvěru, věříte, že Vám pomáhá??**

a) ano, jsem spokojený/á

c) .....

b) ne, nevěřím mu

.....

**7. Jak a s kým bydlíte?**

a) bydlím sám/a

f) bydlím se spolubydlícím

b) bydlím v chráněném bytě

g) .....

c) bydlím na ubytovně

h) .....

d) bydlím s rodiči

e) bydlím s partnerem (dětmi)

**8. Jste spokojený/á se svým bydlením?**

- a) jsem spokojen/a
- b) nejsem spokojen/a
- c) .....
- .....

**9. Jak rodiče (prarodiče, sourozenci) přijali Vaši nemoc?**

- a) snaží se mě podporovat a pomáhat mi
- b) zpočátku hůře, v současné době je to lepší
- c) špatně, dodnes se s tím nemohou vyrovnat
- d) vůbec se nestýkáme
- e) nemám rodinu
- f) .....
- g) .....

**10. Máte nebo plánujete mít děti?**

- a) mám děti
- b) děti nemám, ale plánuji si je pořídit
- c) děti nemám, chci, ale nemůžu si je
- d) děti nemám a neplánuji si je pořídit

**Pokud děti máte, podařilo se Vám je vychovat samostatně (s partnerem)?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ne, kdo Vám pomáhal s výchovou?**

..... (prosím, doplňte)

**11. Máte partnera?**

- a) ano
- b) ne, ale chtěl/a bych ho mít
- c) ne, nechci partnera

**Pokud partnera máte, kdy jste se seznámili?**

- a) před vznikem nemoci
- b) během nemoci

**12. Se vztahem s partnerem jste?**

- a) spokojen/a
- b) nespokojen/a
- c) .....
- .....

**13. Se sexuálním životem jste?**

- a) spokojený/á
- b) nespokojený/á

**14. Oblast přátelství?**

- a) mám přátele
- b) nemám přátele a chybí mi to
- c) nemám přátele, žádné nepotřebuji
- d) .....

**15. Pokud máte přátele:**

- (g) jsou to lidé nemocní, stejně tak jako já
- (h) jsou to zdraví lidé
- (i) jsou to zdraví i stejně nemocní lidé
- (j) .....

**16. Jaký důchod je Vám přiznán?**

- a) je Vám přiznaný důchod I. stupně
- b) je Vám přiznaný důchod II. Stupně
- c) je Vám přiznaný důchod III. stupně
- d) nemám důchod
- e) nevím

**17. Na co Vám Váš příjem stačí?**

- a) bydlení
- b) stravy
- c) léků
- d) cigaret (pokud kouříte)

- e) oblečení, obuvi
- f) kultury (kino, knihovna, bazén, výlety)
- g) .....
- h) .....

**18. Jste zaměstnaný/á?**

- a) mám zaměstnání a jsem spokojený/á
- b) mám zaměstnání, spokojený/á nejsem
- c) snažím se najít si zaměstnání
- d) nesnažím se najít zaměstnání

**19. Pokud jste zaměstnan/a, máte strach o invalidní důchod?**

- a) ano
- b) ne

**20. Jak trávíte svůj volný čas??**

- a) dívám se na televizi
- b) čtu knihy, časopisy
- c) poslouchám rádio, hudbu
- d) hraji na hudební nástroj
- e) chodím do kina, divadla, na výstavy
- f) chodím do přírody
- g) sportuji
- h) věnuji se ručním pracím (pletení, šití, vyšívání, apod.)
- i) scházím se s přáteli
- j) chodím do kostela
- k) maluji, kreslím

**21. Jste spokojen/a s tím, jak svůj volný čas trávíte?**

- a) ano
- b) ne

**22. Co Vás v současnosti nejvíce trápí?**

- a) zdravotní stav
- b) bytová situace
- c) nedostatek peněz
- d) nedostatek cigaret
- e) nemám partnera
- f) nemám děti
- g) nevycházím s rodinou
- h) nemám práci
- i) nudím se
- j) nemohu se soustředit
- k) nemohu spát
- l) .....
- m) .....
- n) .....
- o) .....  
(prosím, zaškrtněte, dopište)

**23. V čem Vám FOKUS pomáhá nebo pomohl v minulosti?**

- a) s bydlením
- b) s dluhy
- c) se zdravotním stavem
- d) s braním léků
- e) s psychickými problémy (úzkosti, strach)
- f) s nácvikem cestování
- g) se vstáváním
- h) se získáním pracovních návyků
- i) s rodinnými vztahy
- j) s náplní volného času
- k) s obstaráváním domácnosti
- l) s jednáním na úřadech
- m) s hospodařením s penězi
- n) s nakupováním
- o) se získáním zaměstnání, brigády
- p) se zvládáním stresu
- q) se získáním přátel, známých
- r) s režimem dne
- s) .....

**24. Co Vás v životě baví, těší, co mu dává smysl? (prosím, napište)**

.....

.....